
Étude des relations entre l'attachement, la qualité des relations interpersonnelles, et l'anxiété sociale chez l'adulte. Exploration à travers les biais attentionnels

Auteur : Nguyen, Sophie

Promoteur(s) : Blairy, Sylvie

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée en psychologie clinique

Année académique : 2017-2018

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/5668>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

Université de Liège
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education



Etude des relations entre l'attachement, la
qualité des relations interpersonnelles, et
l'anxiété sociale chez l'adulte.

Exploration à travers les biais attentionnels.

Promotrice
Blairy Sylvie

Etudiante
Nguyen Sophie

Lecteurs
D'Argembeau Arnaud
Stievenart Marie

En vue de l'obtention du grade
de **Master en Sciences**
Psychologiques

Année académique 2017-2018

Remerciements

Ce travail représente l'aboutissement d'une expérience enrichissante au cours de laquelle j'ai pu bénéficier de la présence, du soutien et de l'encadrement de plusieurs personnes. Je tiens donc à adresser mes sincères remerciements à ceux qui ont contribué à l'élaboration de mon mémoire.

Tout d'abord, j'aimerais remercier l'ensemble des personnes qui m'ont accordé du temps en acceptant de participer à cette étude. L'accomplissement de ce travail n'aurait pu avoir lieu sans eux.

Ensuite, je souhaite adresser mes remerciements à ma promotrice, Madame Sylvie Blairy, Professeure et responsable de l'Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive, qui m'a guidée et conseillée tout au long de la mise en place de ce travail.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à Madame Audrey Krings, assistante de Madame Blairy, pour m'avoir apporté son aide et son expertise sur le sujet.

Je remercie aussi Monsieur D'Argembeau Arnaud et Madame Stievenart Marie d'avoir accepté d'être les lecteurs de ce travail et d'avoir consacré du temps dans sa critique.

Je remercie Katrin Vandeweyer pour la relecture de mon mémoire, et plus particulièrement, je tiens à remercier Remy Rizzo pour la relecture et la correction du travail ainsi que pour son précieux soutien et ses encouragements tout au long de la rédaction.

Enfin, je souhaite adresser ma reconnaissance à mes amis et aux membres de ma famille pour leur soutien et leur patience tout au long de cette année académique.

Table des matières

Introduction	1
Partie I : Théorie et examen de la littérature scientifique	3
<i>Chapitre 1 : L'anxiété sociale</i>	4
1.1. Définition.....	4
1.2. L'anxiété sociale dans la population	6
1.2.1. Epidémiologie de l'anxiété sociale	6
1.2.2. Etiologie de l'anxiété sociale	7
1.2.2.1. <i>Les facteurs intrinsèques</i>	9
a) Les gènes	9
b) Les influences biologiques	10
c) Le rôle du tempérament.....	10
d) Les aspects cognitifs.....	12
e) Les déficits dans les compétences sociales.....	14
1.2.2.2. <i>Les influences de l'environnement et du milieu de vie (facteurs extrinsèques)</i>	15
a) Les influences parentales.....	15
b) Les relations avec les pairs et les résultats sociaux aversifs.....	16
c) Les évènements de vie négatifs	17
d) La culture.....	17
1.2.2.3. <i>Conclusion</i>	18
1.2.3. Conséquences de l'anxiété sociale	19
1.2.4. Comorbidité	20
1.2.5. Conclusion	20
<i>Chapitre 2 : Les facteurs liés à l'anxiété sociale</i>	22
2.1. Les biais attentionnels	22
2.1.1. Définition	22
2.1.2. Le biais attentionnel et l'anxiété sociale	24
2.1.3. Conclusion	27
2.2. L'attachement chez l'adulte	28
2.2.1. Théories de l'attachement adulte	28
2.2.2. L'attachement et l'anxiété sociale	32
2.2.3. L'attachement et les biais attentionnels	33
2.2.4. Les différences interindividuelles dans l'anxiété sociale et l'attachement : approche avec les biais attentionnels	34

2.2.5. Conclusion	37
2.3. Les relations interpersonnelles	37
2.3.1. Définition	37
2.3.2. Les relations interpersonnelles et l'anxiété sociale	38
2.3.3. Les relations interpersonnelles et l'attachement	39
2.3.4. Les relations interpersonnelles et les biais attentionnels	41
2.4. Conclusion.....	43
<i>Chapitre 3 : Objectifs et hypothèses</i>	44
3.1. Objectifs de l'étude	44
3.2. Hypothèses de l'étude	44
Partie II : Empirique	46
<i>Chapitre 4 : Méthodologie</i>	47
4.1. Introduction	47
4.2. Echantillon.....	47
4.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	47
4.2.2. Caractéristiques de l'échantillon	48
4.3. Outils utilisés.....	48
4.3.1. Recueil de données sociodémographiques	48
4.3.2. Evaluation de l'humeur actuelle	48
4.3.2.1. <i>Echelle visuelle analogique (EVA)</i>	48
4.3.2.2. <i>Questionnaire abrégé de Beck (BDI-13)</i>	49
4.3.3. Evaluation de l'anxiété sociale	51
4.3.3.1. <i>Echelle de l'anxiété sociale de Liebowitz – Version d'auto évaluation (EASL - AE)</i> 51	
4.3.3.2. <i>Questionnaire des peurs de Marks et Mathews (QP, 1979)</i>	52
4.3.4. Evaluation de l'attachement	53
4.3.5. Evaluation de la qualité des relations interpersonnelles	54
4.3.6. Evaluation des biais attentionnels	55
4.4. Procédure.....	57
<i>Chapitre 5 : Résultats</i>	59
5.1. Introduction	59
5.2. Les caractéristiques de l'échantillon	59
5.3. Les données relatives aux outils utilisés.....	63
5.4. Analyses des relations entre l'anxiété sociale et les trois facteurs de risque.....	64
5.4.1. L'anxiété sociale et les biais attentionnels	66
a) Analyse des sous-échelles de l'anxiété sociale.....	66

b)	Analyse des biais attentionnels.....	66
c)	Association entre l’anxiété sociale et les biais attentionnels.....	67
5.4.2.	L’anxiété sociale et l’attachement	68
a)	Anxiété sociale et attachement anxieux.....	68
b)	Anxiété sociale et attachement évitant.....	69
5.4.3.	L’anxiété sociale et la qualité des relations interpersonnelles	69
a)	Analyse des sous-échelles de l’EQRI.....	69
b)	Relation entre l’anxiété sociale et l’EQRI.....	70
5.5.	Analyse des relations entre les trois facteurs liés à l’anxiété sociale.....	71
5.5.1.	Les biais attentionnels et l’attachement	71
a)	Biais attentionnels et attachement anxieux.....	72
b)	Biais attentionnel et attachement évitant.....	73
5.5.2.	Les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles	73
5.5.3.	La qualité des relations interpersonnelles et l’attachement	74
a)	La qualité des relations interpersonnelles et l’attachement anxieux.....	74
b)	La qualité des relations interpersonnelles et l’attachement évitant.....	75
<i>Chapitre 6 : Discussion</i>		76
6.1.	Les facteurs à prendre en considération.....	77
6.1.1.	Le statut socio-professionnel	77
6.1.2.	Avec qui la personne vit	78
6.1.3.	Le genre	78
6.1.4.	L’âge	79
6.1.5.	Les affects dépressifs	79
6.2.	Interprétation des résultats.....	80
6.2.1.	L’anxiété sociale et les facteurs de risque	80
6.2.1.1.	<i>L’anxiété sociale et les biais attentionnels</i>	80
6.2.1.2.	<i>L’anxiété sociale et l’attachement</i>	83
6.2.1.3.	<i>L’anxiété sociale et la qualité des relations interpersonnelles</i>	84
6.1.6.	Les relations entre les facteurs de risque	84
6.2.2.1.	<i>Les biais attentionnels et l’attachement</i>	84
6.2.2.2.	<i>Les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles</i>	86
6.2.2.3.	<i>La qualité des relations interpersonnelles et l’attachement</i>	86
6.3.	Synthèse et réflexion.....	87
6.4.	Limites et perspectives.....	89
6.4.1.	Les limites	89
6.4.2.	Les perspectives	90

Conclusion	92
Partie III : Bibliographie	93
Partie IV : Annexes	I
Annexe 1 : Questionnaire des données sociodémographiques	II
Annexe 2 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)	IV
Annexe 3 : Beck Depression Inventory (BDI-13).....	V
Annexe 4 : Echelle d'Anxiété Sociale de Liebowitz (EASL).....	VI
Annexe 5 : Questionnaire des peurs (QP)	VII
Annexe 6 : Echelle de l'Attachement chez l'Adulte révisée (EAA –R).....	IX
Annexe 7 : Echelle sur la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI).....	XI
Annexe 8 : Tâche de détection de sonde.....	XII
Annexe 9 : Lettre d'information	XIV
Annexe 10 : Formulaire de consentement éclairé.....	XV
Annexe 11 : Normalité des variables	XVI
Annexe 12 : Effet du statut socio-professionnel sur les scores à l'EASL Total (graphique).....	XVII
Annexe 13 : Effet du statut socio-professionnel sur les scores à l'EAA – Dimension Evitement (graphique)	XVIII
Annexe 14 : Effet de la personne avec qui vivent les sujets sur leurs scores à l'EASL Total (Test Tukey HSD)	XIX
Annexe 15 : Effet du genre sur les variables étudiées (Test t pour échantillon groupé).....	XX
Annexe 16 : Effet de l'âge sur les variables de l'étude.....	XXI
Annexe 18 : Corrélations partielles pour isoler l'influence du BDI-13	XXII

Introduction

Il est de la nature de l'homme de créer, de partager des liens avec les autres personnes, et les relations sociales ont une fonction déterminante pour son développement. De fait, l'être humain vient à la vie dans un état vulnérable et inachevé, le soutien apporté par les autres devient alors vital pour assurer sa sécurité, répondre à ses besoins, et favoriser son bon développement de l'enfance jusqu'à la pleine maturité (McNeil & Randall, 2014). A l'âge adulte, les relations sociales jouent encore un rôle fondamental dans l'épanouissement de l'individu. Il n'est donc pas étonnant de constater un certain mal-être lorsque ses besoins ne sont pas comblés adéquatement.

L'anxiété sociale est définie comme la crainte du regard et du jugement des autres portés sur soi-même. C'est un trouble fréquemment rencontré dans la clinique, mais également vécu dans la population tout-venant. Il est présent chez les personnes avec des degrés de sévérité variables. Plus l'intensité augmente, plus ce trouble est handicapant pour la personne qui en souffre. Il devient en effet un frein aux relations interpersonnelles au fur et à mesure que l'évitement des situations anxiogènes s'installe (André, 2006).

Dès lors, la réflexion générale qui sous-tend cette étude est la suivante : Pourquoi l'*autre* n'est plus considéré comme un agent qui apporte de la sécurité et du soutien, mais est perçu comme une menace ? En effet, la situation sociale devient synonyme de risque et de danger pour la personne qui craint autrui, ce qui peut aboutir à des issues malheureuses pour l'épanouissement relationnel, personnel, mais aussi professionnel de celle-ci (Hawkes, 2011).

L'objectif de notre travail consiste à mieux comprendre les raisons pour lesquelles les individus éprouvent des difficultés dans leurs interactions interpersonnelles, et ont tendance à évaluer de manière négative certaines situations sociales. Afin de mener à bien notre projet, nous chercherons à examiner les différents liens possibles entre les facteurs impliqués dans l'instauration d'une vulnérabilité à l'anxiété sociale. Plus particulièrement, nous investiguerons l'attachement et la qualité des relations interpersonnelles à travers l'exploration des biais attentionnels dans une population d'adultes tout-venant. Nous nous baserons essentiellement sur le modèle de l'étiologie de l'anxiété sociale proposé par Spence et Rapee (2016) en tant qu'il s'est révélé pertinent pour tester les hypothèses de notre étude.

A ce titre, une série d'études récentes s'est intéressée de plus en plus à l'approche processuelle des difficultés psychologiques rencontrées par les individus. Le biais attentionnel a éveillé l'intérêt des chercheurs dans leur analyse des facteurs contribuant à l'établissement d'une vulnérabilité à l'anxiété sociale. Il existe également une attention particulière portée sur l'étude de l'attachement afin de mieux comprendre les difficultés relationnelles chez les individus. Sur base de ces recherches, nous élaborerons notre propre étude.

Partie I : Théorie et examen de la
littérature scientifique

1.1. Définition

Dans la littérature scientifique, les définitions incluent quatre différentes composantes de l'anxiété sociale. En premier lieu, concernant l'*aspect cognitif*, on retrouve la crainte du regard et du jugement des autres ainsi que la peur d'avoir un comportement ou des paroles inadéquats qui pourraient causer de l'embarras. Cette crainte générale sous-tend la forte tendance à s'inquiéter, à interpréter les situations sociales comme menaçantes et à interpréter inadéquatement certains comportements sociaux. En second lieu, on trouve dans la *composante affective* la présence d'émotions négatives telle que la peur, la honte, la gêne, l'anxiété. Troisièmement, au niveau de l'*aspect comportemental*, on retrouve principalement des évitements des situations anxiogènes, mais on peut également observer une retenue de l'expression de ses opinions et de ses émotions, la manifestation d'un maniérisme nerveux, et le recours à la consommation d'alcool. En dernier lieu, on identifie un aspect important qui comprend les *manifestations physiologiques* de l'anxiété telles que les palpitations, les sueurs, les tremblements, les troubles de la concentration, le fait de rougir, etc. En outre, les auteurs mettent en évidence que la faible estime de soi et un haut niveau d'auto-critique sont également souvent rencontrés chez les personnes socialement anxieuses (Stein & Stein, 2008 ; Henderson, Gilbert, & Zimbardo, 2014).

Au-delà de cette description, une distinction doit être établie entre ses différentes formes. On observe des formes spécifiques, par exemple la peur de prendre la parole en groupe (anxiété de performance), et des formes généralisées (et donc plus sévères) caractérisées par une attitude globale de retrait et d'évitement.

Ainsi, nous sommes en présence de différents concepts qui permettent de caractériser la pluralité des formes de l'anxiété sociale telles que la timidité, l'anxiété d'évaluation et le trouble de l'anxiété sociale. Dans une perspective dimensionnelle des symptômes, on se base principalement sur des différences quantitatives plutôt que qualitatives pour les distinguer. La forme de l'anxiété sociale est donc déterminée par un continuum de sévérité de l'anxiété en rapport à un contexte social et celles-ci diffèrent selon les situations déclenchantes, l'intensité

des symptômes, la fréquence, le degré de préoccupation, l'évitement et divers autres facteurs (Henderson et al., 2014).

L'anxiété sociale peut donc revêtir des formes non pathologiques et être plus présente au sein de la population générale (non clinique). En effet, les auteurs Spence et Rapee (2016) ont remarqué dans leur étude que beaucoup de jeunes personnes ont rapporté des symptômes de l'anxiété sociale sans pour autant atteindre le seuil du diagnostic clinique. Ils mentionnent notamment que les études récentes confirment la relative haute prévalence des symptômes subcliniques de l'anxiété sociale.

Nous pouvons commencer par aborder la timidité, définie par André (2006) comme l'inhibition de toutes « les premières fois ». Par-là, il faut comprendre que l'individu timide manifeste de l'appréhension et de l'anxiété pour les situations qui lui sont nouvelles et non familières. Il va alors adopter un comportement plutôt inhibé et de retrait. Ce comportement est supposé s'effacer au fur et à mesure que l'individu se sentira rassuré et à l'aise dans ces situations. Les auteurs Stein et Stein (2008), quant à eux, précisent que la timidité est un trait de personnalité qui se révèle être assez commun et qu'il n'est pas en lui-même pathologique.

Dans la continuité d'une forme plus spécifique de l'anxiété sociale, l'anxiété d'évaluation, aussi appelée « anxiété de performance » ou plus couramment le « trac », est une activation de l'anxiété dans des situations d'évaluation. Et de fait, les personnes concernées ressentent de l'anxiété par rapport à une performance personnelle qui va être évaluée par autrui. Dans ce contexte, les situations problématiques s'avèrent donc ponctuelles et ne rendent pas compte d'une anxiété généralisée par rapport aux situations sociales.

Concernant le trouble de l'anxiété sociale (TAS), qui peut également être désigné par le terme de « phobie sociale » (ancienne désignation du trouble), il se retrouve dans une population clinique et plusieurs critères ont été clairement spécifiés pour poser le diagnostic (DSM-5). Le TAS est ainsi défini comme une peur marquée et persistante d'une ou plusieurs situations dans lesquelles la personne peut être exposée à une évaluation des autres. La personne a peur de faire quelque chose ou d'agir d'une manière qui pourrait la conduire à une humiliation ou lui faire ressentir de l'embarras (American Psychiatric Association, 2015). Bien qu'il existe des exceptions, un diagnostic de TAS inclut habituellement des comportements marqués d'évitement d'une ou plusieurs situations. Le DSM-5 précise également que la peur doit être hors de proportion par rapport à la menace réelle, et qu'elle doit persister plus de 6 mois. De

plus, elle ne doit pas être la conséquence des effets physiologiques d'une substance, d'une autre maladie mentale, ou d'un traitement médicamenteux. La peur doit mener à une détresse clinique significative, ou à une détérioration dans les domaines de fonctionnement social importants. Dès lors, le TAS manifeste une composante beaucoup plus généralisée et un caractère plus intense.

1.2. L'anxiété sociale dans la population

1.2.1. **Epidémiologie de l'anxiété sociale**

La prévalence des individus souffrant d'un trouble de l'anxiété sociale (TAS) au cours de leur vie se situe à 2 % en Belgique. Dans cette population, 59.8 % ont une prévalence de 12 mois. Ces données proviennent d'une enquête sur l'épidémiologie du trouble dans le monde entier (Stein et al., 2017), et l'échantillon représentant la population belge était composé de 2419 individus de plus de 18 ans. On précisera toutefois que ces données ont été recueillies entre 2001 et 2002. D'autre part, les auteurs Fehm, Pelissolo, Furmark, et Wittchen (2005) se sont intéressés aux données des pays européens et ont trouvé une prévalence du trouble sur la vie entière de 6.7 % ainsi qu'une prévalence s'élevant à 2 % pour une période de 12 mois. Enfin, Henderson et al. (2014) ont indiqué dans leurs travaux que la prévalence estimée du trouble de l'anxiété sociale dans la population générale avait augmenté de 2 à 12 % durant ces 30 dernières années.

Si l'on suit les chiffres indiqués par André (2006), la timidité toucherait 40 à 60 % de la population générale, et l'anxiété de performance concernerait au moins 30 % des cas. Ces chiffres mettent en évidence une forme de l'anxiété sociale plus fortement représentée dans la population générale, et qui plus est pas nécessairement pathologique.

Par ailleurs, il semblerait que la prévalence de l'anxiété sociale soit plus importante chez les jeunes adultes, moins éduqués et étant célibataires (Blanco et al., 2011 ; Schneier & Goldmark, 2015).

Outre cela, on peut remarquer une certaine disparité du trouble au niveau du genre, car les femmes souffriraient davantage de l'anxiété sociale que les hommes. Cette différence est

appuyée par l'étude de Fehm et al. (2005) concernant la population européenne et mentionnée par Schneier et Goldmark (2015) dans leur chapitre consacré au trouble de l'anxiété sociale.

On ajoutera que l'anxiété sociale a des débuts précoces. Elle se manifeste généralement durant l'adolescence, entre 11 et 18 ans, tandis qu'un développement après l'âge de 25 ans est relativement rare (Beesdo-Baum et al., 2012 ; André, 2006 ; Beesdo et al., 2007). En effet, selon les auteurs, Stein et Stein (2008), l'anxiété sociale peut commencer à faire son apparition à partir de l'âge de 11 ans dans 50 % des cas et être présente à l'âge de 20 ans chez 80 % des individus.

Bien que le trouble puisse survenir tôt dans la vie, il n'avait pu être démontré clairement qu'il persistait systématiquement à l'âge adulte et jusqu'à un âge plus avancé. Dès lors, pour pallier cette lacune, une étude longitudinale a été réalisée afin de mieux comprendre la trajectoire du TAS dans le temps et d'explorer les prédicteurs possibles des conséquences négatives du trouble à long terme (Beesdo-Baum et al., 2012). Les auteurs ont rassemblé un échantillon de 3021 sujets âgés de 14 à 24 ans avec un suivi sur 10 ans. La persistance du TAS est déterminée par un score composite (basé sur l'évaluation du trouble avec le DSM-IV et le M-CIDI) reflétant les années qui ont été affectées par le trouble depuis son apparition. Les résultats vont dans le sens d'une certaine persistance du TAS dans le temps avec plus de la moitié des années observées qui ont été vécues avec des symptômes du trouble. De plus, 56.7 % des personnes souffrant d'un TAS présentaient une stabilité dans l'expression des symptômes après le suivi de 10 ans. Ainsi, Beesdo-Baum et al. (2012) concluent leur étude en expliquant que le TAS semble suivre une trajectoire persistante dans le temps, mais que celle-ci est ponctuée de fluctuations quant à la sévérité des symptômes.

1.2.2. Etiologie de l'anxiété sociale

Le but ici est de comprendre les éléments ayant un lien avec le développement de l'anxiété sociale. Pour ce faire, on va se baser sur le modèle « evidence-based » de Spence et Rapee (2016). Celui-ci va notamment nous permettre d'introduire notre question de recherche, à savoir que différents facteurs de risque tels que l'attachement, les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles sont liés à l'anxiété sociale, et qu'ils peuvent également interagir et s'influencer entre eux (cf. Figure 1).

Tout d'abord, le modèle se base sur l'idée que l'anxiété sociale se situe sur un continuum de sévérité et d'intensité des symptômes et que le diagnostic du trouble de l'anxiété sociale se situe généralement vers l'extrémité haute. Les auteurs (Spence & Rapee, 2016 ; Rapee & Spence, 2004) ont mis en évidence le rôle de nombreux facteurs de risque et de protection qui sont supposés influencer la position le long du continuum de l'anxiété sociale. Par ailleurs, ils ont remarqué que les facteurs causaux et les facteurs de maintien de l'anxiété sociale n'étaient pas toujours les mêmes, et que les facteurs de risque avaient plus ou moins d'influence selon l'âge de la personne.

Après analyse des récentes études, Spence et Rapee (2016) expliquent qu'il existe des preuves émergent d'une interaction complexe entre des facteurs intra-individuels (génétique, processus biologiques, processus cognitifs et compétences sociales) et des facteurs environnementaux (l'influence parentale, les expériences sociales aversives, et les événements de vie négatifs) dans l'étiologie du TAS. Ils proposent également que des facteurs culturels puissent influencer tant la forme que les caractéristiques de l'anxiété sociale.

De surcroît, les auteurs (Spence & Rapee, 2016) mettent également en évidence une interaction entre les différents facteurs qui peuvent, lorsqu'ils sont combinés entre eux, avoir un impact plus important sur l'évolution de l'anxiété sociale dans le continuum. Ils mentionnent aussi le fait que certains d'entre eux peuvent avoir un effet protecteur et atténuer les effets négatifs d'autres facteurs de risque. Les auteurs se sont basés, d'un côté, sur le principe d'*équifinalité* pour montrer que divers patterns et combinaisons de facteurs peuvent mener au TAS, et de l'autre, sur le principe de *multifinalité* afin d'établir qu'un facteur de risque donné peut mener à différents résultats. Enfin, ils expliquent également que les facteurs de risque peuvent être transactionnels et réciproques avec des personnes qui influencent leurs propres résultats sociaux, ce qui en retour, va impacter la personne en elle-même.

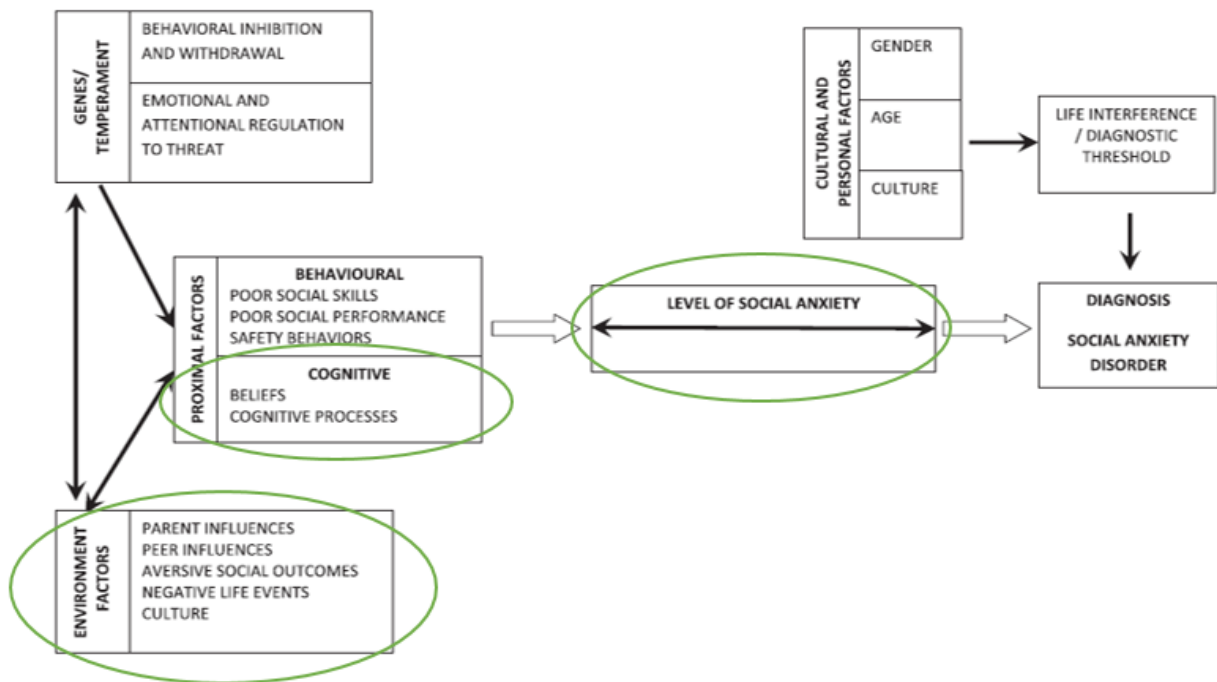


Figure 1 : *Modèle du développement de l’anxiété sociale et du trouble de l’anxiété sociale* (Spence & Rapee, 2016, p.63). Entouré en vert, nous mettons en évidence les éléments du modèle ciblés dans notre étude.

Les différentes composantes du modèle vont maintenant être abordées plus en détail. Il est à préciser qu’une grande partie de cette présentation va s’appuyer sur des études réalisées avec des enfants et des adolescents puisque, nous l’avons mentionné précédemment, l’anxiété sociale se manifeste généralement tôt dans la vie.

1.2.2.1. *Les facteurs intrinsèques*

a) Les gènes

Les résultats des études menées sur le sujet appuient le fait qu’avoir des parents ayant présenté un TAS par le passé augmente significativement le risque pour les enfants d’en développer un à leur tour (Budinger, Drazdowski, & Ginsburg, 2013 ; Ollendick & Horsch 2007 ; Elizabeth et al., 2006).

Toutefois, il semblerait que les différences d’âge peuvent influencer l’impact des facteurs génétiques et environnementaux sur l’individu. Plus précisément, les résultats de la méta-analyse menée par Scaini, Belotti et Ogliari (2014) montrent que, chez les enfants, la part d’héritabilité d’un TAS ou des symptômes de l’anxiété sociale s’élève à 54 % avec une variance

principalement imputable aux influences environnementales idiosyncratiques (facteurs liés à l'environnement non-partagé), à savoir 42 %. Concernant l'échantillon composé d'adultes, l'influence des facteurs génétiques ne compte que pour 27 % avec une grande partie de la variance qui peut être attribuée aux facteurs environnementaux non-partagés, à savoir 69 %. En d'autres termes, les contributions génétiques au TAS, à l'âge adulte, sont environ deux fois moins importantes que durant l'enfance. Les auteurs expliquent cette variance dans le phénotype par le fait que les adultes ont eu plus de possibilités de vivre des expériences dans des environnements sociaux variés.

En résumé, les facteurs génétiques et l'environnement partagé ont moins d'impact sur l'individu à l'âge adulte. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire d'évaluer, dans le cadre de notre étude, l'attachement et les relations interpersonnelles actuels des sujets.

b) Les influences biologiques

Ayant trait aux facteurs biologiques pouvant influencer le développement de l'anxiété sociale, les études scientifiques mettent en évidence un lien étroit entre l'amygdale et le cortex préfrontal (Fox & Kalin, 2014 ; Hattingh et al., 2013). De fait, les résultats des études utilisant la neuroimagerie tendent à soutenir l'implication de ces régions cérébrales dans l'anxiété sociale et dans les processus cognitifs sous-jacents au trouble comme l'inhibition comportementale (Detweiler, Comer, Crum, & Albano, 2014 ; Schneier & Goldmark, 2015).

Sans pouvoir s'étendre davantage sur ce vaste et complexe sujet, retenons que les régions cérébrales impliquées dans l'anxiété sociale sont typiquement associées avec le traitement émotionnel des stimuli (amygdale), et avec une activation des processus cognitifs plus élaborés impliquant la régulation émotionnelle et la réponse comportementale aux stimuli (cortex préfrontal) (Detweiler et al., 2014).

c) Le rôle du tempérament

Il semblerait que ce soit par le tempérament, notamment, que les facteurs génétiques influencent le développement des troubles mentaux. Dans ce point-ci, c'est le tempérament

d'inhibition comportementale qui va être présenté puisqu'il constitue un processus psychologique clé lié à l'anxiété sociale selon Spence et Rapee (2016).

L'inhibition comportementale constitue la tendance à répondre avec une sensibilité accrue aux nouveaux stimuli auditifs et visuels, et à éviter les situations et les personnes peu familières (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman, & Garcia-Coll, 1984). Les patrons de l'inhibition comportementale peuvent être identifiés dès l'enfance, et sont associés à des modèles de réponses physiologiques spécifiques. Les composantes critiques de ceux-ci sont le comportement de retrait et l'évitement (Rapee, 2002). Il semblerait donc que l'inhibition comportementale soit très largement impliquée dans le développement du TAS (Spence & Rapee, 2016).

En effet, on remarque que ce qui soutient la différence entre les enfants ayant un niveau élevé d'inhibition comportementale et ceux ayant un niveau plus bas résident dans le contact visuel limité, le maintien à proximité des figures d'attachement (de sécurité), le manque d'expression verbale, et l'évitement des stimuli menaçants (Kagan et al., 1984. ; Rapee, 2002). Par conséquent, en plus d'être d'une importance cruciale dans la relation entre l'inhibition comportementale et l'anxiété sociale, plusieurs de ces comportements sont aussi des caractéristiques constitutives de l'anxiété sociale, et ont été mis en avant dans les modèles du maintien du TAS (par exemple, celui de Clark et Wells, 1995). Dans le contexte du TAS, ces comportements sont conceptualisés comme des comportements de sécurité et des déficits dans les compétences sociales. On ajoutera qu'ils sont généralement considérés comme des éléments centraux dans l'étiologie et/ou dans le maintien du trouble.

Par ailleurs, l'inhibition comportementale semble jouer un rôle plus important dans le développement de l'anxiété sociale durant l'enfance qu'à l'âge adulte. A preuve, Rothbart et ses collègues (Rothbart, Sheese, Rueda, & Posner, 2011) se sont penchés sur le sujet en introduisant d'autres concepts dans leur analyse, à savoir les processus cognitifs automatiques (le traitement automatique des stimuli) et les processus de régulation de soi (un processus volontaire et sous le contrôle de la personne comme, le contrôle inhibitoire, le déplacement de l'attention, le monitoring des conflits et le monitoring des réponses). Les auteurs expliquent qu'un changement important dans ces processus cognitifs s'opère durant l'enfance avec un développement graduel des processus de contrôle demandant un effort (par exemple, le contrôle volontaire de l'attention et l'inhibition des réponses) qui viennent moduler le traitement de l'information réactif, automatique, et conduisent par les stimuli. Dès lors, les enfants

développent en grandissant un processus de traitement de l'information sur lequel ils auraient de plus en plus de contrôle ce qui pourrait influencer l'effet du tempérament d'inhibition comportementale sur le TAS avec l'âge.

Dans l'étude de White, McDermott, Degnan, Henderson, et Fox (2011), les résultats penchent de même en faveur de l'hypothèse exprimée ci-dessus, et démontrent que les processus de contrôle réclamant un effort (donc non automatiques) viennent modérer l'impact de l'inhibition comportementale dans le développement ultérieur d'une anxiété. Effectivement, les auteurs ont découvert qu'un haut niveau d'inhibition comportementale chez les enfants en bas âge prédit un haut niveau des symptômes anxieux durant les années préscolaires seulement chez les enfants montrant un niveau faible de capacité de déplacement de l'attention (ce qui serait un indicateur d'un contrôle volontaire faible). De fait, l'habileté à pouvoir déplacer de manière flexible son attention est mentionnée comme jouant un rôle important dans la régulation de la réactivité des tempéraments négatifs, et rend possible le déplacement attentionnel ailleurs que sur les stimuli et les cognitions négatives.

Ainsi, l'inhibition comportementale peut être considérée comme un processus transdiagnostique, c'est-à-dire un processus psychologique commun à différents troubles, et qui peut contribuer de manière causale au développement et/ou maintien des symptômes observés (Nef, Philippot, & Verhofstad, 2012). De plus, elle représenterait un facteur de risque important de développer un TAS.

Néanmoins, il faut garder à l'esprit que le tempérament ne partage pas de lien causal avec le trouble et que son impact sur l'individu est modulé par d'autres facteurs personnels comme l'âge et les processus cognitifs. La capacité à déplacer son attention sur d'autres éléments que les stimuli négatifs (biais attentionnel) joue également un rôle modulateur important dans cette interaction.

d) Les aspects cognitifs

Il a été démontré que des biais et des distorsions cognitives étaient présents chez les individus socialement anxieux. Par exemple, le modèle cognitif de Clark et Wells (1995) postule que ces processus cognitifs contribuent au maintien des affects et des comportements liés à l'anxiété sociale. De surcroît, Spence et Rapee (2016) indiquent que les enfants et les

adolescents souffrant d'anxiété sociale montrent des biais, et des processus cognitifs similaires aux adultes comme indiqué dans les modèles cognitifs de l'anxiété sociale (Clark & Wells, 1995).

Les auteurs Spence et Rapee (2016) ont pu mettre en évidence ces aspects cognitifs dans leur revue de la littérature comparant les jeunes socialement anxieux avec ceux qui ne le sont pas. Ils ont trouvé que cette population présente :

- Avant la tâche : une anticipation plus négative des résultats pour les tâches sociales (Alfano, Beidel, & Turner, 2006) ainsi que des attentes plus négatives concernant la qualité de leur propre performance (Blote, Miers, Heyne, Clark, & Westenberg, 2014).
- Pendant la tâche : une attention plus focalisée sur soi (Blote et al., 2014), et des cognitions plus négatives pendant une tâche de performance sociale (Alfano et al., 2006). Les individus seraient également plus susceptibles de réaliser une interprétation négative des informations ou situations sociales, ceci incluant une perception négative des réponses des autres (Blote et al., 2014).
- Après la tâche : l'individu fait une évaluation plus négative de sa propre performance (Alfano et al., 2006), un traitement plus important des événements se déroulant après la tâche, et des ruminations (Hodson, McManus, Clark, & Doll, 2008).

A tout cela s'ajoutent une augmentation dans la fréquence et de la vivacité des images de soi déformées. On retrouvera aussi une plus grande détresse liée aux situations sociales (Schreiber & Steil, 2013).

Spence et Rapee (2016) suggèrent que les processus cognitifs impliqués dans le rappel persistant des interactions sociales, et liés à l'interprétation négative de celles-ci, a pour conséquence de provoquer une perception plus négative du monde social. En guise de conséquence, ces processus impacteraient la probabilité de l'individu à s'engager dans des interactions sociales et/ou à vivre ces situations d'une autre manière que négative dans la mesure où elles déclenchent de l'anxiété anticipatoire et de l'évitement. Il semblerait que les biais attentionnels soient eux-mêmes liés à ces processus étant donné que la focalisation de l'attention sur les stimuli concordant avec les préoccupations de l'individu socialement anxieux

(les informations sociales négatives) peut influencer l'interprétation de la situation et les souvenirs qui y seront associés.

Ainsi, on constate qu'il existe un impact des processus cognitifs sur les relations interpersonnelles et la manière dont elles sont vécues, de même que le fonctionnement de l'attachement caractérisant l'individu. En effet, l'attachement peut aussi influencer les représentations de l'individu tout comme les expériences sociales aversives (ou justement ce manque d'expériences positives dû à l'évitement) vont impacter les représentations que l'individu a des autres et son attitude dans les interactions sociales.

e) Les déficits dans les compétences sociales

Les résultats des études convergent dans le sens d'un déficit dans les compétences sociales chez les enfants socialement anxieux (Spence & Rapee, 2016). Les études comparent généralement des enfants anxieux à des enfants non-anxieux en constituant des groupes sur base d'observations de leurs comportements dans un jeu de rôle, des tâches sociales réalisées dans un laboratoire, et dans le monde réel. Les résultats montrent que les enfants du groupe comprenant les individus socialement anxieux participent moins aux échanges sociaux, initient moins fréquemment les interactions sociales à l'école, parlent moins dans leur réponse (moins de mots), et ont un discours plus lent (Alfano et al., 2006). En d'autres termes, il apparaît que les enfants souffrant d'anxiété sociale manifestent des comportements qui ne sont pas favorables à de bonnes expériences sociales.

Partant, Spence et Rapee (2016) établissent un lien entre les difficultés rencontrées dans les compétences sociales et le tempérament d'inhibition comportementale abordé précédemment. De fait, ce tempérament est associé à plusieurs stratégies d'évitement fondamentales comme l'évitement du regard (peu de contacts visuels avec l'auditeur), et une verbalisation limitée chez les enfants (Rapee, 2002). Les auteurs pensent que ces comportements peuvent interférer dans les interactions sociales, et ainsi refléter des déficits dans la performance sociale. Ce dernier résultat appuie l'hypothèse exprimée précédemment selon laquelle le tempérament peut être considéré comme un facteur de risque dans le développement de l'anxiété sociale. En effet, les enfants présentant un niveau élevé d'inhibition comportementale sont plus susceptibles d'expérimenter des résultats sociaux négatifs dus aux

caractéristiques de leur tempérament. Avec de telles expériences sociales négatives, on est en mesure de prédire une augmentation de l'anxiété sociale en retour.

1.2.2.2. *Les influences de l'environnement et du milieu de vie (facteurs extrinsèques)*

a) Les influences parentales

Dans l'analyse des influences environnementales, Spence et Rapee (2016) ont abordé l'attachement insécuré comme un autre facteur pouvant moduler l'impact de l'inhibition comportementale sur une anxiété ultérieure. D'autres auteurs (Lewis-Morrarty et al., 2012) se sont penchés sur le rôle du style parental comme potentiel modérateur de l'impact de l'inhibition comportementale sur l'anxiété sociale. Leurs résultats suggèrent qu'un style parental surcontrôlant influence la relation entre un tempérament d'inhibition comportementale stable et une anxiété sociale subséquente.

Dans l'étude d'Ollendick et Benoit (2012), les auteurs proposent un modèle complexe de l'interaction parent-enfant pour expliquer le développement du TAS. Ils ont trouvé que le tempérament d'inhibition comportementale et un attachement insécuré augmentaient le risque de développer un TAS. Toutefois, les auteurs précisent que cette association est influencée par le comportement du parent, et que celui-ci peut tempérer ou exacerber la probabilité de développer le trouble. Plus précisément, les auteurs avancent que des parents soutenant et encourageant des stratégies qui guident leur(s) enfant(s) à s'engager socialement et à faire l'expérience de nouvelles situations (développement de stratégies de coping constructifs) sont plus susceptibles de favoriser chez celui-ci l'emploi de comportement où il se montre plus confiant. Au contraire, un style parental surcontrôlant, intrusif, trop sollicitant, ou critique/rejetant est supposé maintenir et exacerber un tempérament de comportement inhibé.

Il faut toutefois garder à l'esprit que l'éducation donnée par les parents (le style parental) est à considérer comme un facteur de risque général plutôt qu'un facteur se révélant spécifique à l'anxiété sociale. L'association est à considérer avec précaution, car la plupart des études sur le sujet sont transversales. Dès lors, un plus grand nombre d'études longitudinales serait nécessaire afin d'aboutir à une meilleure compréhension de la contribution du style parental chez les enfants (Spence & Rapee, 2016).

De surcroît, la relation entre l'attachement et l'anxiété sociale a peu été investiguée dans le modèle (Spence & Rapee, 2016). Nous pouvons seulement retenir qu'il semblerait que l'attachement insécuré chez l'enfant soit lié au développement d'une anxiété sociale ultérieure, et que des processus cognitifs tels que l'inhibition comportementale peuvent moduler cette interaction. Dans notre deuxième chapitre théorique, nous étayerons cette relation plus en profondeur avec les biais attentionnels chez l'adulte.

b) Les relations avec les pairs et les résultats sociaux aversifs

Concernant les difficultés relationnelles, nous avons établi précédemment que les différentes formes de l'anxiété sociale sont chacune caractérisées par une perception et des traits de fonctionnement particuliers. Ainsi, les personnes qui manifestent ces difficultés ont tendance à s'inquiéter, et à considérer les expériences normales de timidité comme honteuses et inacceptables. Qui plus est, ces personnes sont très préoccupées par leur condition et leur crainte, et cette inquiétude perturbe leur performance et leur comportement empathique. De fait, elles ont tendance à focaliser leur attention sur elles-mêmes et sur les manifestations de l'anxiété. Ce comportement a donc une influence négative sur leurs interactions sociales, et les empêche tout autant d'adopter une position empathique envers leur interlocuteur (l'empathie étant le fait de pouvoir se décentrer de soi-même pour pouvoir se mettre à la place de l'autre et essayer de le comprendre). En outre, ces personnes ont tendance à évaluer les situations interpersonnelles comme menaçantes, et à interpréter de manière inadéquate les comportements sociaux (Spence & Rapee, 2016).

Étant donné que l'anxiété sociale commence généralement à se manifester durant l'enfance et l'adolescence, Blöte, Bokhorst, Miers, et Westenberg (2012) ont réalisé une étude concernant les expériences sociales vécues à l'école. Leurs résultats démontrent que les expériences sociales aversives, et plus particulièrement celles avec les pairs, ont un impact sur l'anxiété sociale.

De leur côté, les auteurs Spence et Rapee (2016) suggèrent de considérer les interactions avec les pairs comme un cercle vicieux pour les jeunes qui sont socialement anxieux. En effet, les études qui se sont penchées sur le sujet dévoilent que les enfants et adolescents sont capables de juger si un de leur pair manifeste des signes d'anxiété. Ce dernier est alors évalué plus négativement et considéré comme différent, ce qui peut jouer un rôle dans le rejet social et

l'expérience négative des situations sociales (Blote et al., 2012 ; Verduin & Kendall, 2008). Ces résultats corroborent avec les hypothèses avancées par Spence et Rapee (2016), à savoir que le déficit de compétences sociales ainsi que le tempérament d'inhibition comportementale contribuent aux expériences sociales négatives. Dès lors, nous comprenons que l'anxiété sociale peut être considérée comme la conséquence de cette victimisation, et que cette dernière entretient également le trouble. Ce phénomène met en évidence une influence mutuelle des deux éléments. Et de fait, l'anxiété sociale constitue également un facteur de risque de victimisation durant l'enfance et l'adolescence, car les jeunes sont plus susceptibles d'avoir moins d'amis, une popularité plus faible, des compétences sociales plus pauvres, et donc une acceptation par les pairs plus mauvaise.

De surcroît, les études qui se sont basées sur une évaluation des pairs par des vignettes ont montré que les jeunes avaient tendance à percevoir les élèves socialement anxieux comme « méritant plus » la victimisation (Spence et Rapee, 2016). Par conséquent, les enfants rejetés, négligés, et victimisés sont plus susceptibles de faire l'expérience d'interactions sociales aversives, de les éviter autant que possible, et d'avoir des croyances et des pensées négatives à propos des relations avec les pairs. Ainsi, nous pouvons établir que les interactions interpersonnelles, en particulier avec les pairs, sont en interaction (influence mutuelle) avec l'anxiété sociale.

c) Les évènements de vie négatifs

Les évènements de vie stressants ou aversifs ainsi que les traumatismes durant l'enfance ont un impact sur le développement de l'anxiété sociale. Néanmoins, ces éléments constituent des facteurs de risque transdiagnostiques, et non pas exclusifs au TAS (Rapee & Spence, 2004 ; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006).

d) La culture

Depuis longtemps, il est admis que, parmi toutes les populations qui ont pu être évaluées, des variations existent concernant l'anxiété sociale et le TAS (Stein & Stein, 2008). La culture d'un pays a une influence sur l'expression de l'anxiété sociale, et le seuil utilisé pour poser le diagnostic de TAS. De même, la culture est en interaction avec les autres facteurs de risque de

l'anxiété sociale dans la mesure où elle influence les réactions sociales des personnes face au comportement de retrait (Rapee & Spence, 2004).

1.2.2.3. Conclusion

Au terme de cette description théorique du modèle de Spence et Rapee (2016), nous observons qu'il existe plusieurs facteurs distincts qui peuvent impacter le niveau d'anxiété sociale chez un individu. Les auteurs ont essayé d'aborder les interactions possibles entre ceux-ci, et ce principalement avec l'inhibition comportementale. Cependant, nous trouvons peu d'investigation concernant les relations éventuelles entre les autres facteurs individuels comme les processus cognitifs que sont les biais attentionnels, et les facteurs davantage inter-individuels qui comprennent les relations interpersonnelles et l'attachement. Par conséquent, il se révèle pertinent de tester plus particulièrement cette partie du modèle de Spence et Rapee (2016) dans le but d'établir dans quelle mesure ces facteurs sont liés à l'anxiété sociale, et interagissent entre eux (cf. Figure 2).

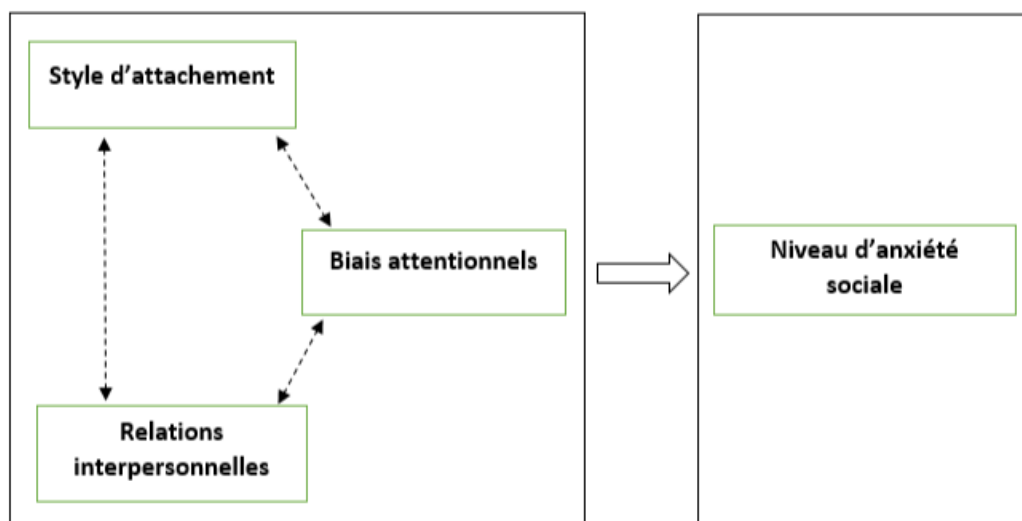


Figure 2 : Illustration des liens explorés dans l'étude.

Il est à préciser que les auteurs Spence et Rapee (2016) se sont principalement intéressés aux études incluant une population jeune (enfants et adolescents) et, finalement, très peu à une population d'adultes tout-venant. En dépit de leur insistance sur le fait que l'anxiété sociale a généralement des débuts précoces, et qu'elle peut se maintenir dans le temps, nous avons pu

observer que plusieurs facteurs perdaient en influence sur l'anxiété sociale avec l'âge (l'inhibition comportementale, par exemple). Néanmoins, il semblerait que ce phénomène n'englobe ni les processus cognitifs ni les relations interpersonnelles. L'attachement chez l'adulte ayant été peu investigué dans l'étude, nous ne pouvons pas nous avancer davantage sur ce point.

Outre cela, les auteurs se sont peu intéressés au biais attentionnel. De plus, on constate dans la littérature scientifique que peu d'études ont été menées afin d'investiguer, conjointement, la relation entre ces biais cognitifs particuliers et les deux autres facteurs. Les interactions entre les facteurs proposés et soutenus par Spence et Rapee (2016) seront donc explorées à travers les biais attentionnels, ce qui constitue l'originalité essentielle de notre étude (cf. Figure 2).

Avant d'aborder plus en profondeur les liens entre les trois facteurs que nous souhaitons tester et l'anxiété sociale (chapitre 2), nous allons compléter notre présentation théorique de l'anxiété sociale en abordant les conséquences du trouble et les comorbidités possibles.

1.2.3. Conséquences de l'anxiété sociale

L'anxiété sociale est l'un des troubles anxieux les plus dommageables pour les personnes qui en souffrent, car elle touche aux relations interpersonnelles, une composante essentielle dans le bien-être et l'épanouissement de tout individu. Précisons que l'impact négatif de l'anxiété sur l'individu peut être présent sans pour autant que celui-ci ne rencontre tous les critères diagnostiques du TAS.

Concernant l'influence négative du TAS sur le fonctionnement des individus socialement anxieux, les chiffres provenant de l'enquête réalisée par Stein et al. (2017) indiquent que, dans la population belge avec une prévalence de 12 mois pour le trouble, ce sont les domaines du travail (28,1 %), des relations (37 %), et l'aspect social (38,4 %) qui sont les plus touchés. Pourtant, seuls 50 % des individus souffrant d'un TAS entament un traitement, et s'ils le font c'est après 15-20 années de vécu avec les symptômes malgré l'impact négatif du trouble sur la qualité de leur vie (Stein & Stein, 2008).

Ainsi, la qualité de vie est négativement impactée aussi bien au niveau de l'épanouissement personnel, relationnel, que professionnel de l'individu puisque l'anxiété

sociale peut restreindre beaucoup d'opportunité de réaliser de bonnes expériences. Par conséquent, l'anxiété sociale constitue un réel handicap pour la personne qui en souffre, car elle engendre des évitements, des renoncements et des dissimulations, des comportements qui illustrent « une véritable pathologie de la liberté » (Hawkes, 2011).

1.2.4. Comorbidité

Le diagnostic de comorbidité avec le TAS se révèle être la règle plutôt que l'exception. De fait, le trouble manifeste une comorbidité importante avec d'autres troubles psychologiques (Stein et al., 2017). On retrouve généralement dans le tableau clinique les troubles anxieux, la dépression, et l'abus de substance (Beesdo-Baum et al., 2012). Toutefois, Spence et Rapee (2016) précisent qu'il n'y a pas assez de preuves qui permettent d'établir si le TAS est la cause ou la conséquence des comorbidités, ou s'il provient de facteurs causaux sous-jacents.

En outre, plusieurs études ont mis en évidence que la présence d'un TAS durant l'adolescence augmentait le risque de développer, au début de l'âge adulte, une dépression, une consommation d'alcool ainsi qu'une dépendance au cannabis (Beesdo et al., 2007 ; Black et al., 2015). Cependant, il faut garder à l'esprit que la dépression est en elle-même un facteur prédictif d'une consommation de substance.

1.2.5. Conclusion

Dans ce premier chapitre, nous avons défini l'anxiété sociale sous ses différents aspects, les facteurs de risque qui y sont associés ainsi que les conséquences qu'elle peut avoir sur l'individu. Ainsi, nous observons que le trouble peut rapidement devenir envahissant dans la vie de la personne qui en souffre, et qu'il est présent avec des degrés de sévérité variables.

De surcroît, nous avons constaté que, dans la population générale, des facteurs de risque peuvent déjà se présenter. Ceux-ci engendrent une certaine vulnérabilité au développement de l'anxiété sociale.

Les facteurs que nous évaluerons dans notre étude portent sur l'attachement du sujet, la qualité perçue de ses relations interpersonnelles, et les biais attentionnels qu'il pourrait manifester. Nous allons les aborder en détail dans le deuxième chapitre de cette partie théorique.

2.1. Les biais attentionnels

Les processus cognitifs ont été abordés dans le modèle de Spence et Rapee (2016). Les auteurs se sont notamment basés sur le modèle cognitif de l'anxiété sociale de Clark et Wells (1995). Dans ce modèle, les biais attentionnels jouent un rôle important dans le maintien de l'anxiété sociale dans la mesure où la personne se focalise sur les informations négatives de la situation sociale, et néglige dès lors le reste des éléments du contexte qui pourraient venir nuancer son interprétation négative par la suite.

Nous allons donc aborder ce que les théories et les études peuvent nous apporter comme précision concernant les biais attentionnels et leur relation avec l'anxiété sociale.

2.1.1. Définition

Plus précisément, c'est le biais d'attention sélective qui retiendra notre attention dans cette étude. Ce biais, plus communément qualifié de *biais attentionnel*, est défini comme une allocation différentielle des ressources attentionnelles envers un certain type de stimulus plutôt qu'un autre, neutre par Bar-Haim et ses collègues (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van IJzendoorn, 2007).

Tout d'abord, concernant les troubles émotionnels, de nombreuses études démontrent une allocation préférentielle de l'attention envers les stimuli considérés comme menaçants par la personne plutôt qu'envers des stimuli neutres (Bar-Haim et al., 2007 ; Peckham, McHugh, & Otto, 2010 ; cités par Heeren, 2016). De fait, c'est un processus cognitif transdiagnostique que l'on peut retrouver notamment dans la dépression, et les autres troubles anxieux (Nef et al., 2012).

En revanche, chez les sujets ayant un faible niveau d'anxiété, le biais attentionnel fonctionne inversement. En effet, MacLeod, Mathews et Tata (1986) soutiennent que les personnes non-anxieuses ont davantage tendance à diriger leur attention ailleurs que sur les stimuli à valence négative.

Dans les études expérimentales, ce biais est généralement évalué avec une tâche de détection de sonde (*dot-probe task*) qui comprend différentes valences émotionnelles des stimuli. Le principe est le suivant : deux stimuli (souvent des visages ou des mots) sont présentés simultanément sur l'écran d'un ordinateur pendant un temps variable (exemple de durée : 500 ms). Ils peuvent constituer une association neutre/négative, par exemple. Ensuite, ils disparaissent pour laisser place à une sonde. Selon la consigne donnée au participant, celui-ci devra répondre le plus rapidement et le plus précisément possible (comme cliquer sur un bouton de la souris). Si le sujet présente un biais d'attention sélective, il devrait se traduire par un temps de réaction plus court lorsque la sonde apparaît dans le même champ visuo-spatial que le stimulus qui a suscité l'allocation préférentielle de l'attention (Heeren, 2016). Dans le cadre de l'anxiété sociale, ce stimulus est un visage socialement menaçant exprimant le dégoût ou la colère (Staugaard, 2010).

Plusieurs modèles ont vu le jour pour rendre compte de la nature exacte des processus qui mènent, plus particulièrement, au développement et au maintien des biais attentionnels. A ce titre, en 2013, Heeren, De Raedt, Koster et Philippot ont publié un article dans lequel ils expliquent que ces modèles peuvent être regroupés en deux catégories :

- a) Suivant une première approche, des modèles cognitifs (Beck & Clark, 1997 ; Mathews & Mackintosh, 1998 ; Mogg & Bradley, 1998) présentent le biais attentionnel comme la résultante de perturbations dans le système d'évaluation de la valence des stimuli environnementaux. Dès lors, les individus souffrant de troubles émotionnels disposeraient d'un seuil d'activation plus faible du système d'évaluation des stimuli qui sont liés à leurs inquiétudes. Cela aurait pour conséquence un accroissement direct des ressources attentionnelles attribuées à ces stimuli.
- b) Dans une deuxième approche, les modèles neurocognitifs (Bishop, 2008 ; Eysenk & Derakshan, 2011) font la description d'un biais attentionnel qui serait le résultat d'une capacité réduite de l'individu à mobiliser les ressources exécutives nécessaires pour pouvoir diriger son attention lorsqu'il est confronté à des stimuli liés à ses inquiétudes.

Lors de la présentation du modèle de Spence et Rapee (2016), nous avons abordé deux études qui ont mis en évidence une modération du tempérament d'inhibition comportementale en fonction du niveau préalable de contrôle exécutif chez les enfants. Et de fait, le contrôle exécutif influence le traitement de l'information réactif et automatique (conduit par les stimuli),

et peut avoir un impact sur les capacités de l'individu de déplacer son attention. Celui-ci éprouve ainsi des difficultés à diriger son attention ailleurs que sur les stimuli et les cognitions négatives. L'une des conclusions tirée des résultats est que les individus socialement anxieux avec un niveau moindre de contrôle exécutif (et donc des difficultés de déplacer leur attention) manifestent un niveau plus élevé d'anxiété sociale (Rothbart et al., 2011 ; White et al., 2011).

Outre cela, des études ont établi qu'il existe des variations au niveau de l'attention sélective envers le stimulus menaçant. En effet, Amir, Weber, Beard, Bomyea, et Taylor (2008) ont pu modifier le niveau d'anxiété situationnelle des sujets socialement anxieux en faisant en sorte que leur attention soit dirigée plus spécifiquement vers des stimuli neutres. En général, les résultats obtenus dans les études qui ont testé les variations attentionnelles chez des sujets anxieux mettent en évidence une baisse du niveau d'anxiété situationnelle dans la condition neutre, et une augmentation de celle-ci pour les sujets de la condition menaçante (demande de focalisation de l'attention vers les stimuli menaçants) (Heeren, 2016).

MacLeod, Rutherford, Campbell, Ebsworthy, et Holker (2002) suggèrent de considérer ces variations dans l'attention sélective envers le stimulus menaçant comme associées à l'installation de différences interindividuelles concernant la réactivité émotionnelle aux événements stressants. Heeren, Ceschi, et Phillipot (2012), vont jusqu'à soutenir que ce biais participerait de manière causale à l'accroissement de la réactivité émotionnelle. Ils rejoignent ainsi les nombreuses études récentes qui ont établi un rôle causal du biais attentionnel dans l'installation d'une vulnérabilité à l'anxiété (et non pas seulement un rôle de maintien ou une conséquence du trouble).

2.1.2. Le biais attentionnel et l'anxiété sociale

Si l'on se penche plus particulièrement sur l'anxiété sociale, les modèles cognitifs présentent le biais d'attention sélective envers les informations sociales négatives (par exemple, la colère ou le dégoût) comme contribuant à l'apparition et au maintien de l'anxiété sociale (Mathews & MacLeod, 2005, p. 180-181 ; Rapee & Heimberg, 1997 ; Wells & Clark, 1997). Cette relation a été démontrée dans de nombreuses études (Schultz & Heimberg, 2008 ; Mogg & Bradley, 2002 ; Mogg, Phillipot, & Bradley, 2004 ; Pishyar, Harris, & Menzies, 2004).

Bantin, Stevens, Gerlach et Hermann (2016) ont réalisé une revue de la littérature scientifique concernant les processus attentionnels et l'anxiété sociale. Leur analyse se porte exclusivement sur les études qui ont utilisé la tâche de détection de sonde avec des visages en tant que stimuli pour évaluer les biais attentionnels. Leurs résultats vont dans le sens de ce qui a déjà été établi précédemment par d'autres chercheurs, à savoir que les personnes socialement anxieuses dirigent préférentiellement leur attention vers les visages menaçants, et ce en comparaison avec des personnes qui ne présentent pas cette anxiété. Cependant, les auteurs précisent que cette constatation dépendra du type de stimulus utilisé, de la durée d'exposition de celui-ci, et du niveau de sévérité de l'anxiété sociale.

A ce titre, certaines inconsistances ont été soulignées parmi les résultats des études qui ont évalué les biais attentionnels dans l'anxiété sociale. Grafton et MacLeod (2016) avancent une hypothèse explicative à ce phénomène qui rejoint celle de Kuckertz et Amir (2014). Celle-ci postule que les précédentes études ne sont pas parvenues à faire la distinction entre l'engagement de l'attention envers un certain type de stimulus (*vigilance attentionnelle*) et son désengagement (*désengagement attentionnel*). En d'autres termes, on observe deux biais attentionnels distincts à différents moments dans le processus attentionnel. Ainsi, le biais de vigilance attentionnelle envers l'information se présenterait plus tôt dans le processus attentionnel (100 – 500 ms) puisqu'il s'agit d'un processus qui se veut davantage inconscient et automatique. En revanche, le biais de désengagement de l'attention envers ces mêmes stimuli se manifesterait plus tard dans la séquence temporelle de l'attention (500 – 1500 ms), car ils constituent des processus plus conscients qui réclament un effort de la part de la personne.

Ces différences s'expliquent par le fait que le traitement de l'information présent dans l'environnement est principalement conceptualisé en deux étapes (Schneider & Shiffrin, 1977). Dans un premier temps, le traitement se fait de manière automatique. Il ne demande pas d'effort, pas d'attention de la part du sujet, et se réalise sans le contrôle conscient de celui-ci. Dans un deuxième temps, le traitement de l'information s'applique de manière dite « stratégique ». Dans ce cas-ci, un contrôle conscient et intentionnel est présent, et il nécessite un effort de la part du sujet. Sa capacité à traiter les informations est, par conséquent, plus limitée. Les auteurs Leleu, Douilliez et Rusinek (2014) précisent qu'une présentation supraliminale des stimuli (qui évalue le traitement stratégique des informations) n'exclut pas l'influence du traitement automatique. Ainsi, si l'on observe un biais attentionnel pour une tâche supraliminale, il sera à la fois sous l'influence des processus automatiques et stratégiques.

Dans leur étude, Grafton et MacLeod (2016) ont donc utilisé une variante de la tâche de détection de sonde capable de dissocier les deux biais attentionnels ; dans une première condition, les visages (neutre/colère ou dégoût) sont présentés pendant 500 ms (mesure de la vigilance attentionnelle), et dans la deuxième condition les stimuli sont présentés pendant 1000 ms (mesure du désengagement de l'attention). Les auteurs ont trouvé que les personnes socialement anxieuses avaient tendance à s'engager plus facilement dans les informations socialement négatives. En revanche, ils n'ont rien trouvé concernant le désengagement de l'attention envers ce type de stimuli. D'autres études ont mis au jour des résultats similaires en faisant varier le temps de présentation des stimuli (Klumpp & Amir, 2009 ; Bradley, Mogg, Falla, & Hamilton, 1998).

Concernant les études qui ont évalué les biais attentionnels en suivant les mouvements des yeux (*eye tracking movement*), les résultats suggèrent que les personnes qui présentent un TAS ont tendance à engager leur attention, dans un premier temps, envers les stimuli menaçants (vigilance attentionnelle) avant d'adopter, dans un second temps, un évitement attentionnel (l'évitement intervient plus tard dans le processus attentionnel et revêt du « stratégique »), et de dévier leur attention du stimulus en question (désengagement attentionnel) (Schultz & Heimberg, 2008).

D'autres chercheurs ont, pour leur part, évalué les biais attentionnels chez les individus socialement anxieux en ayant recours à des mots comme stimuli. Certains ont utilisé la tâche modifiée de Stroop qui consiste à présenter au sujet des mots à valence émotionnelle variée, et dans différentes couleurs. Il est ensuite demandé au sujet de mentionner le nom de la couleur du mot le plus vite possible tout en ignorant le contenu sémantique de celui-ci (Grant & Beck, 2006). D'autres chercheurs ont utilisé la tâche de détection de sonde avec des mots à plusieurs valences émotionnelles (Musa, Lépine, Clark, Mansell, & Ehlers, 2003). Les résultats obtenus vont dans le sens d'une vigilance attentionnelle envers les stimuli qui représentent une menace sociale. Cependant, il est recommandé de favoriser la présentation de photos de visage dans les tâches attentionnelles. Cette démarche se révèle être davantage écologiquement valide parce que les expressions faciales constituent une source plus proche de la réalité que les mots (Mogg & Bradley, 2002).

Staugaard (2010), a réalisé une revue de la littérature dans laquelle il expose les émotions les plus pertinentes de présenter dans les tâches de détection de sonde qui évaluent les biais attentionnels chez les individus manifestant de l'anxiété sociale. L'auteur explique que la colère

est généralement choisie comme expression faciale, car elle peut être interprétée comme un signe de rejet ou de désapprobation par un sujet socialement anxieux. En effet, Öhman (1986) suggère que les visages exprimant la colère sont susceptibles d'engager une notion de dominance, ce qui constitue un facteur déclenchant chez les individus souffrant d'anxiété sociale. De fait, ces derniers ont tendance à se percevoir comme moins dominants que les autres (Alden & Taylor, 2004). La colère constitue donc un stimulus socialement menaçant. Le dégoût est également une autre expression émotionnelle qui peut être employée à cet effet, car il présente une ressemblance avec la colère dans son interprétation possible d'une désapprobation sociale. Par ailleurs, les personnes souffrant de TAS semblent éprouver des difficultés à distinguer les émotions entre elles (Kashdan & Farmer, 2014).

2.1.3. Conclusion

La majorité des études scientifiques a démontré que le biais d'attention sélective est lié à l'anxiété sociale, et qu'il constitue un élément explicatif des différences individuelles dans la vulnérabilité face au trouble. De surcroît, les chercheurs qui ont fait varier les temps de présentation des stimuli dans leurs études ont établi que la vigilance attentionnelle est plus particulièrement liée à l'anxiété sociale.

Par ailleurs, ces différences individuelles dans les manifestations des biais attentionnels peuvent être expliquées par les différences individuelles que l'on retrouve aussi dans l'attachement d'un individu. C'est un élément qui a déjà été introduit comme facteur de risque pour l'anxiété sociale (modèle de Spence et Rapee, 2016). Dans la suite de notre étude, nous observerons que, suivant les caractéristiques de son attachement, l'individu manifeste des différences concernant les biais attentionnels. De même, on peut constater des variations dans ces biais selon l'attachement en question (sécure, insécure-anxieux, insécure-évitant). Il s'agit d'un élément central de notre étude où nous introduirons et testerons la relation entre l'attachement et l'anxiété sociale, et ce notamment par l'apport des biais attentionnels.

Dans les points suivants de ce chapitre 2, nous examinerons les interactions des biais attentionnels avec les autres facteurs pouvant instaurer une vulnérabilité à l'anxiété sociale (l'attachement et les relations interpersonnelles).

2.2. L'attachement chez l'adulte

L'être humain vit les situations et les interactions sociales en fonction de différentes croyances et représentations qu'il a développées sur lui-même et à propos des autres. Celles-ci l'accompagnent tout au long de sa vie, et guident ses interprétations et ses réactions par rapport aux situations sociales, comme lorsque l'individu détermine qu'une situation est menaçante ou non pour lui.

Par conséquent, comme nous l'expliquerons, nous pencher sur les théories de l'attachement permettra de mieux comprendre les difficultés relationnelles et de saisir en quoi ce facteur de risque intervient dans l'anxiété sociale, et interagit avec les autres facteurs ciblés dans cette étude.

2.2.1. **Théories de l'attachement adulte**

Les chercheurs s'appuient généralement sur les travaux de Bowlby pour entamer leur description des théories de l'attachement. Bowlby (1988) explique que l'être humain est naturellement motivé à former des liens affectifs avec les autres pour chercher à combler ses besoins de sécurité, de réconfort, et de protection. A partir des expériences relationnelles précoces, et à la suite de celles réalisées au cours de la vie, les « modèles internes opérants » se constituent progressivement (M.I.O, *internal working models*). Ceux-ci comprennent le système de croyances et de représentations internes que l'individu porte sur les relations interpersonnelles et sur lui au sein de ses mêmes relations (Bowlby 1988 ; Schneider-Hassloff, Straube, Nuscheler, Wemken, & Kircher, 2015 ; Michel & Purper-Ouakil, 2006 ; Fraley, 2002). On distingue différents concepts qui composent l'attachement chez l'adulte. D'une part, on retrouve le système de l'attachement et, d'autre part, on identifie ses différents styles (Mikulincer & Shaver, 2007).

Dans leur ouvrage, Mikulincer et Shaver (2007) réalisent une description détaillée de l'attachement chez l'adulte. Ils abordent notamment le système de l'attachement et son activation/désactivation selon les situations. Ainsi, ils expliquent que lorsqu'un individu se trouve dans une condition de menace, le système de l'attachement désactive/inhibe les autres systèmes comportementaux. L'individu va alors se diriger vers les autres et rechercher un support et du réconfort au lieu de considérer les autres comme des partenaires d'exploration,

d'affiliation, ou de relations sexuelles. De plus, il est plus susceptible de se focaliser sur lui-même (sur son besoin de protection) durant les situations menaçantes, et par conséquent, de ne plus disposer des ressources nécessaires pour s'occuper des besoins des autres, et faire preuve d'empathie et d'altruisme à leur égard (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 16). C'est un élément qui nous rappelle le modèle cognitif de Clark & Wells (1995) dans lequel il est sous-entendu que dans les situations anxiogènes, l'individu socialement anxieux se focalise sur lui-même ainsi que sur les manifestations internes de son anxiété. Ce comportement a pour conséquence d'impacter son habileté à interagir de manière adéquate et empathique avec les autres.

Dans un premier temps, Reynaud (2011) écrit dans sa thèse de doctorat que les stratégies liées à l'attachement sont considérées comme des *stratégies de régulation émotionnelle et de traitement de l'information émotionnelle* chez l'adulte (il se base sur les travaux de Cassidy et Kobak, 1988 ; Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming, & Gamble, 1993 ; Pierrehumbert, 2000 ; Reynaud, 2011, p. 104). La stratégie dite « sécuritaire » (ou « primaire ») renvoie à une stratégie émotionnelle équilibrée tandis que les stratégies définies comme « secondaires » sont davantage caractérisées par une régulation des émotions déséquilibrée. Ces dernières stratégies se différencient en deux types. Nous trouvons, d'une part, la « stratégie d'hyperactivation » mise en lien avec une mauvaise gestion des émotions, et avec un traitement de l'information inadéquat dans la mesure où l'individu *préoccupé* peut se retrouver submergé par ses propres émotions. D'autre part, la « stratégie de désactivation » (*détaché*) se réfère à une tendance à réprimer ses émotions ainsi qu'à inhiber les informations de nature émotionnelle (Reynaud, 2011, p. 105 ; Mikulincer & Shaver, 2007).

Dans un second temps, le modèle de Mikulincer et Shaver (2007 ; cf. Figure 3) conceptualise le fonctionnement des stratégies primaires et secondaires de l'attachement (module 1 : activation du système de l'attachement et évaluation de la situation), ajoutant leur interaction avec les croyances, les représentations, et les attentes à propos de soi et des autres (module 2 : différences inter-individuelles dans l'évaluation). Ils y ont également associé les règles personnelles qu'une personne met en œuvre pour gérer sa détresse et ses relations interpersonnelles (module 3 : réaction de l'individu, style d'attachement à l'œuvre).

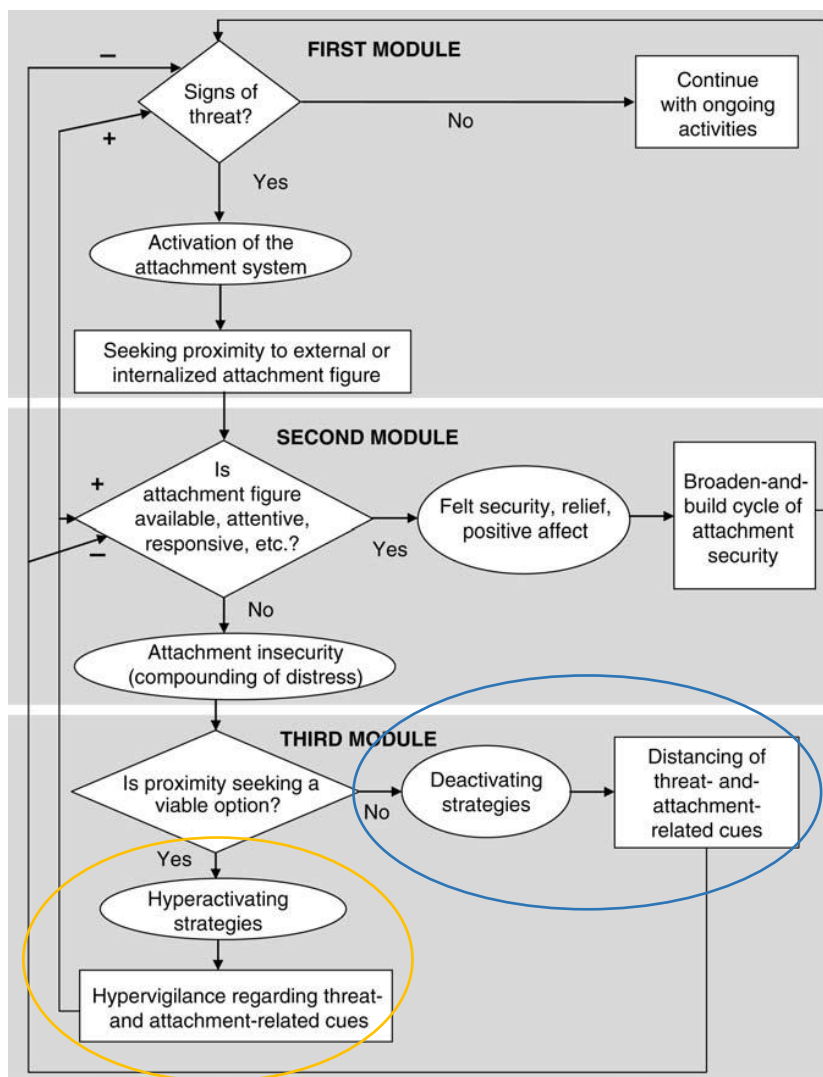


Figure 3 : A model of attachment-system activation and functioning in adulthood (Shaver & Mikulincer, 2007, p. 31). En orange, nous ciblons l’attachement anxieux. En bleu, nous ciblons l’attachement évitant.

Le second concept que nous souhaitons aborder est le style d’attachement. Il représente des patterns d’attentes, de besoins et d’émotions, ainsi que le comportement social qui découlent des expériences particulières d’attachement (Fraley & Shaver, 2000). Ainsi, il reflète les M.I.O, et le fonctionnement spécifique du système d’attachement d’un individu dans une relation donnée, ou à travers les relations en général (*general attachment style* ; Mikulincer, & Shaver, 2007, p. 25). En d’autres termes, le style d’attachement guide le comportement sur base de la tendance de l’individu à chercher ou à éviter les expériences d’attachement (Brennan & Bosson, 1998).

Dès lors, le style d’attachement chez l’adulte peut se manifester dans les relations intimes (ou dites « amoureuses » ; Hazan & Shaver, 1987) et, plus généralement, dans les relations

interpersonnelles (Bartholomew & Horowitz, 1991). Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons principalement à l'attachement manifesté dans les relations interpersonnelles dans le but d'étudier son interaction avec la qualité perçue des relations interpersonnelles chez le sujet, le niveau de sévérité de l'anxiété sociale, et les éventuels biais attentionnels (envers les stimuli sociaux négatifs).

Griffin et Bartholomew (1994) définissent quatre styles d'attachement à partir de deux dimensions empiriques et mesurables de l'attachement, à savoir celle de l'*anxiété* et celle de l'*évitement*. Ces styles d'attachement guident les relations interpersonnelles, et ce en fonction du modèle que la personne a d'elle-même et du modèle qu'elle a d'autrui. Bartholomew et Horowitz (1991) décrivent le *modèle de soi* comme étant lié au degré de dépendance et d'anxiété tandis que le *modèle de l'autre* est associé au degré d'évitement des relations. Ainsi, on retrouve le style d'attachement *sécurisé* (vision positive de soi et d'autrui), *désengagé* (vision positive de soi mais négative d'autrui), *préoccupé* (vision négative de soi mais positive d'autrui), et *crainitif* (vision négative de soi et d'autrui).

Cependant, il est important de souligner que la manière d'évaluer l'attachement chez l'adulte a considérablement évolué durant ces dernières années. Les études récentes se réfèrent davantage à l'*attachement anxieux* et à l'*attachement évitant*, deux dimensions initialement présentées par Bartholomew et Horowitz (1991) dans une approche qui était manifestement plus catégorielle de l'attachement (Gillath, Karantzas, & Fraley, 2016, p.15-16). Et de fait, Brennan, Clark, et Shaver (1998), et par la suite, Fraley et ses collaborateurs (Fraley, Hudson, Heffernan, & Segal, 2015), soutiennent dans leur étude respective qu'une évaluation dimensionnelle de l'attachement est, en comparaison avec une approche catégorielle, plus appropriée et fiable. Voici la description détaillée des deux dimensions de l'attachement :

- a) L'attachement anxieux se caractérise par une faible estime de soi ainsi qu'une peur de l'abandon et du rejet (Brennan et al., 1998 ; Karantzas, Feeney, & Wilkinson, 2010). Dès lors, les personnes qui présentent un niveau élevé à cette dimension ont davantage tendance à recourir à une hyperactivation des stratégies d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007). Cela se traduit par une hypersensibilité aux « signes d'amour » (Eastwick & Finkel, 2008), ou aux menaces de rejet (Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken, & Mikulincer, 2005).
- b) L'attachement évitant est, quant à lui, caractérisé par un certain malaise chez l'individu lorsque les autres tentent de se rapprocher de lui (proximité). En outre, il compte davantage

sur lui-même (autonomie exacerbée), et ne fait pas facilement confiance aux autres pour répondre à ses besoins de réconfort et de sécurité (Brennan et al., 1998 ; Karantzas et al., 2010). Par conséquent, l'individu qui expose un niveau élevé à cette dimension est plus susceptible de désactiver les stratégies d'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007). Cela se traduit par un déni des signaux liés aux émotions, à l'amour, et aux relations (Gillath et al., 2016).

Avant de poursuivre sur le point théorique suivant, notons que l'attachement peut aussi être associé à des troubles de l'humeur comme la dépression et à d'autres troubles anxieux, des troubles de la personnalité, mais également des troubles alimentaires (Gillath, et al., 2016, p. 242). A cet effet, Reynaud (2011) a notamment démontré une relation significative entre les attachements insécures et la dépression.

On ajoutera que, dans la littérature scientifique, les attachements insécures sont souvent reliés à des psychopathologies (le trouble de la personnalité évitante, par exemple), et associés à une plus faible estime de soi. Néanmoins, l'attachement insécure n'est pas à considérer comme un équivalent d'un trouble mental. Il est plutôt conseillé d'interpréter cette relation entre l'attachement et le pathologique comme se manifestant probablement par une certaine sensibilisation et qui ne se traduit pas nécessairement par le développement d'une pathologie chez l'individu (Michel & Purper-Ouakil, 2006). Dès lors, l'attachement peut être appréhendé comme un facteur de risque de développer des difficultés d'ordre psychologique telles que l'anxiété sociale (cf. modèle de Spence et Rapee, 2016). Nous poursuivons cette exploration dans le point suivant.

2.2.2. L'attachement et l'anxiété sociale

La théorie de l'attachement constitue un modèle de vulnérabilité psychologique pertinent pour mieux comprendre l'anxiété sociale. En effet, elle offre la possibilité d'une réflexion psychopathologique sur les différents éléments qui constituent le trouble.

Dans les modèles cognitifs sur l'anxiété sociale (par exemple, Clark et Wells, 1995 et Heimberg, Brozovich, et Rapee, 2010), les croyances et les représentations que la personne a d'elle-même et des autres s'activent dans les situations sociales, et l'amènent à interpréter celles-ci comme menaçantes. Dès lors, on peut se demander dans quelle mesure ces croyances

et ces représentations sont liées aux modèles internes opérants qui se construisent également au fil des expériences interpersonnelles. D'ailleurs, les chercheurs (Fraley, Niedenthal, Marks, Brumbaugh, & Vicary, 2006 ; Vrticka, Bondolfi, Sander, & Vuilleumier, 2012) soutiennent que l'attachement individuel s'active lorsque l'individu entre dans une situation interpersonnelle, et ce aussi bien avec des personnes proches que non-familiales. Par conséquent, nous estimons qu'une relation peut être établie entre l'anxiété sociale et le style d'attachement étant donné que tous deux sont liés à des schémas cognitifs individuels édifiés sur base des expériences relationnelles antérieures qui ont un impact sur la cognition et le comportement social de l'individu.

Afin d'analyser avec précision la relation entre l'anxiété sociale et le style d'attachement, nous nous référons à l'étude d'Erozkan (2009) qui a découvert des résultats éclairants dans son échantillon composé de 600 étudiants turcs (population non-clinique). En effet, son étude révèle que l'anxiété sociale est significativement corrélée avec les trois styles d'attachement insécurisés décrits par Bartholomew et Horowitz (1991), à savoir le style craintif ($r = .45$), le style préoccupé ($r = .30$) et le style désengagé ($r = .21$). De plus, l'étude montre une corrélation négative avec le style d'attachement sécure ($r = -.42$). L'auteur ajoute que le style d'attachement influence les relations interpersonnelles, et prédit le niveau de l'anxiété sociale chez l'individu puisque les personnes socialement anxieuses rapportent fréquemment avoir des difficultés à construire des relations interpersonnelles proches. Pour Erzokan (2009), le style d'attachement pourrait donc expliquer ces problèmes relationnels. Et de fait, l'attachement sécurisé favorise le développement des compétences relationnelles, et inclut aussi les compétences de régulation émotionnelle chez l'enfant (Esbjorn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck, & Ollendick, 2012). Un attachement insécure s'accompagnerait donc de difficultés dans ces compétences.

Ainsi, nous pouvons constater que les stratégies de l'attachement précédemment décrites peuvent être mises en lien avec les difficultés rencontrées dans les situations sociales.

2.2.3. L'attachement et les biais attentionnels

En 2007, Dewitte, De Houwer, Koster, et Buysse ont publié une étude portant sur les biais attentionnels liés à l'attachement dans les relations intimes. Leur échantillon était composé de 59 adolescents et adultes. Les sujets devaient compléter une série de questionnaires, dont le

ECR (Experiences in Close Relationships Scale, 2000), et réaliser une tâche de détection de sonde. Les auteurs ont choisi de présenter des mots dans la tâche pour une durée de 500 ms, afin d'activer le système de l'attachement chez les sujets. Les résultats obtenus indiquent un effet significatif du biais attentionnel pour le nom de la figure d'attachement dans des contextes liés à l'attachement (aussi bien positifs que menaçants). Plus particulièrement, les auteurs ont découvert que l'attachement anxieux est lié à une hypervigilance envers le nom de la figure d'attachement. En revanche, ils n'ont rien pu mettre en évidence concernant l'attachement évitant et les biais attentionnels.

Dans une autre étude (Silva, Soares, & Esteves, 2012), des chercheurs ont mis en avant que les sujets avec un attachement anxieux présentaient une interférence avec les distracteurs émotionnels, ce qui impactait leur niveau de précision à la tâche. Inversement, les sujets présentant un attachement évitant ont manifesté plus de contrôle sur ces interférences. En outre, les auteurs ont observé une activation émotionnelle plus importante chez les sujets avec un attachement anxieux.

Les études présentées ci-dessus se sont appuyées sur les théories de l'attachement concernant l'implication des M.I.O dans les différences individuelles observées au sein des attachements insécures. De fait, les stratégies secondaires (hyperactivation ou désactivation) sont associées aux attachements insécures et elles conduisent à un biais dans le traitement de l'information (Shaver & Mikulincer, 2007). Dès lors, les différences individuelles dans les styles d'attachement semblent venir moduler le traitement sélectif des informations qui ont un potentiel d'excitation chez les sujets (Silva et al., 2012).

De manière globale, les résultats correspondent avec ce qui a déjà été mis en évidence dans la littérature scientifique, à savoir qu'il existe une mobilisation distincte des stratégies de régulation de l'attention envers l'information émotionnelle chez les individus présentant un attachement insécure.

2.2.4. Les différences interindividuelles dans l'anxiété sociale et l'attachement : approche avec les biais attentionnels

Suite aux résultats des différentes études, l'hypothèse des différences interindividuelles entre les deux styles d'attachement insécures a par conséquent été soumise. Nous allons, à

présent, décrire les études qui ont retenu notre attention par rapport à cette hypothèse et à l'anxiété sociale.

Une étude menée par Eng, Heimberg, Hart, Schneier, et Liebowitz (2001) a mis en évidence une différence dans les styles d'attachement insécures au sein des relations proches. En effet, ils ont trouvé une relation significative entre le style d'attachement insécure-anxieux et l'anxiété sociale dans leur échantillon composé de sujets non-cliniques. Plus précisément, ils ont découvert que les personnes ayant un attachement de type anxieux étaient plus susceptibles de présenter une anxiété et un évitement social plus sévères.

Dans la continuité de ces découvertes, l'étude menée par Schneider-Hassloff et ses collègues (2015) démontre, quant à elle, que les différences interindividuelles sont liées à des corrélats neuronaux différents intervenant dans le processus de mentalisation de l'individu. La mentalisation, aussi appelée « théorie de l'esprit » (*theory of mind*), est le fait d'attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres. Elle permet ainsi à l'individu de prédire et d'expliquer le comportement des autres, et constitue une habileté fondamentale dans de bonnes interactions sociales. Les auteurs ont utilisé le fMRI pour analyser les activations des régions cérébrales durant l'étape où les participants (échantillon non-clinique composé de 164 étudiants) jouaient au jeu du dilemme du prisonnier. Dans ce jeu, les joueurs (par deux) gagnaient plus de points s'ils choisissaient le même bouton (droite ou gauche). Les résultats obtenus convergent avec leur hypothèse et les théories de l'attachement dans la mesure où les adultes avec un attachement évitant présentent une activation plus importante des régions cérébrales impliquées dans la régulation des émotions et le contrôle cognitif en comparaison avec les adultes ayant un attachement anxieux. De fait, les stratégies de retrait des individus avec un attachement évitant leur permettent d'être moins sensibles au rejet social, aux signaux interpersonnels négatifs, mais aussi à la récompense sociale.

Dans leur étude, Vrticka et ses collaborateurs (2012) ont également découvert que les individus évitants montraient une activation des régions cérébrales associées au contrôle cognitif, au conflit cognitif et émotionnel ainsi qu'à la régulation émotionnelle en réponse à des images de scènes sociales déplaisantes et à des signaux faciaux impliquant un conflit social. En revanche, les individus avec un style anxieux ont manifesté une activation des régions cérébrales associées au traitement des émotions et de la mémoire lorsqu'ils étaient confrontés à des images plaisantes et déplaisantes de scénarios sociaux.

Ainsi, les résultats des études utilisant la neuroimagerie mettent en évidence une activation différentielle des régions cérébrales, et donc un traitement de l'information sociale différent selon que l'attachement de l'individu soit plutôt évitant ou anxieux.

En 2003, van Emmichoven, van Ijzendoorn, de Ruiter, et Brosschot se sont intéressés au M.I.O et aux représentations mentales individuelles de l'attachement qu'elles renferment. Les auteurs ont émis l'hypothèse que ces représentations peuvent réguler la cognition et le comportement de la personne à travers des traitements sélectifs des informations liées au style d'attachement en question. Si les auteurs ont conclu que les représentations de l'attachement, selon qu'il soit sécurisé ou insécurisé, ont montré une influence sur les performances dans les tâches d'attention et de mémoire, ils n'ont en revanche pas trouvé de différences significatives entre les attachements insécures. Cette constatation peut être expliquée par le fait que les auteurs n'ont pas entrepris la démarche de discriminer les deux processus attentionnels durant la passation de leur tâche de Stroop, à savoir l'engagement de l'attention et son désengagement.

Dès lors, en s'appuyant sur une perspective cognitive, on peut concevoir que les biais attentionnels peuvent également expliquer ces différences individuelles, et soutenir la contribution de l'attachement dans l'anxiété sociale. A ce titre, l'étude de Byrow, Chen, et Peters (2016) évalue la relation entre les biais attentionnels chez les personnes socialement anxieuses et le style d'attachement dans les relations intimes. Les auteurs ont trouvé des résultats partagés en ce qui concerne l'association entre les biais et l'anxiété sociale. Ils ont donc émis l'hypothèse que le style d'attachement peut influencer ces deux variables et expliquer ces résultats. Ainsi, les auteurs ont mis en évidence que les personnes présentant un attachement anxieux expriment une plus grande vigilance envers les stimuli émotionnels (positifs et négatifs) que les stimuli neutres.

Une autre étude, celle de Gillah, Giesbrecht, et Shaver (2009), a tenté d'expliquer les différences individuelles dans le style d'attachement des relations intimes en évaluant également les stratégies attentionnelles. Les résultats révèlent que les personnes avec un attachement évitant ont manifesté de meilleures capacités à réguler leur attention lors d'une expérience qui consistait à réaliser une tâche après avoir pensé à des expériences vécues d'insécurité (activation du système d'attachement). Cela s'explique notamment par leur tendance à dévier leur attention lorsque des stimuli associés à leur style d'attachement leur étaient présentés. Par contre, les adultes avec un attachement anxieux ne pouvaient s'empêcher

d'être focalisés sur ces stimuli. Ceux-ci manifestaient également des difficultés à désengager leur attention, et ne pouvaient arrêter de penser aux expériences d'insécurité passées.

2.2.5. Conclusion

Après avoir parcouru les différentes études présentées précédemment, nous constatons que, globalement, les résultats vont dans le sens d'une implication des biais attentionnels dans l'attachement et l'anxiété sociale. Ce phénomène s'explique notamment par un emploi de stratégies spécifiques et individuelles de régulation des émotions et de traitement de l'information qui peut engendrer des biais attentionnels envers l'information potentiellement menaçante.

A ce titre, des différences individuelles au sein des attachements insécures ont été démontrées avec les biais attentionnels. Plus précisément, l'attachement anxieux semble être plus susceptible d'être associé positivement à l'anxiété sociale au vu des caractéristiques différentielles évoquées avec l'attachement évitant.

2.3. Les relations interpersonnelles

2.3.1. Définition

Les relations interpersonnelles sont essentielles chez l'être humain dans la mesure où nous sommes des êtres naturellement sociaux et sociables. L'individu a besoin de construire et d'entretenir des relations avec les autres pour développer son épanouissement personnel. Ainsi, les relations interpersonnelles occupent une place fondamentale dans notre vie. Elles sont présentes dans notre quotidien, le structurent, le fortifient, et surtout elles constituent une source importante de nos émotions (Marc & Picard, 2015).

Ce terme est utilisé pour désigner la nature du lien qui unit au moins deux personnes, comme les relations familiales, amicales, de couple, etc. Et bien que nous entretenions différentes relations avec les autres, toutes ne peuvent pas être considérées comme des relations interpersonnelles. Selon Srouffe et Fleeson (1986), une relation interpersonnelle est, premièrement, définie dans la *durée*, car elle nécessite une certaine continuité. Deuxièmement,

elle est aussi caractérisée par la cohérence puisque toute relation est déterminée par une fonction et une évolution qui lui est propre. Troisièmement, elle est constituée par des *représentations mentales* étant donné que tout individu a un modèle intériorisé de chaque relation (les « schémas relationnels »). Par conséquent, les relations dites « superficielles » ne sont pas incluses dans cette définition.

Notre sujet d'étude porte sur les relations interpersonnelles et emprunte une perspective plus large et générale (bien qu'il existe un risque de tomber dans la simplification) dans le but de dégager une meilleure vision d'ensemble du fonctionnement d'un individu dans ses relations interpersonnelles. En outre, l'anxiété sociale concerne principalement des situations interpersonnelles où chacune des personnes n'est pas nécessairement intime avec le sujet. Il en va de même pour l'attachement chez l'adulte qui sous-tend aussi bien les relations romantiques que les relations interpersonnelles (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Après avoir souligné l'importance des relations interpersonnelles dans notre existence, on peut désormais se pencher sur la question des *difficultés interpersonnelles* rencontrées chez certaines personnes. En effet, ces difficultés sont considérées comme des processus psychologiques qui contribuent au développement et au maintien de la détresse et des troubles psychologiques (Carr, 2006 ; Favez, 2010, Scott & Robertson, 2003). Les difficultés relationnelles accompagnent fréquemment d'autres troubles psychologiques, si pas une majorité (dépression, troubles anxieux, etc.) (Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005). Dans notre étude, nous nous posons la question de savoir quels sont leurs liens avec l'anxiété sociale, les biais cognitifs et le style d'attachement. Nous allons poursuivre avec la présentation de certaines études nous aidant à apporter des éléments de réponse.

2.3.2. Les relations interpersonnelles et l'anxiété sociale

L'anxiété sociale est principalement désignée comme la crainte du jugement et du regard de l'autre. Pourtant, le sujet n'entretient pas forcément de relation avec la personne en question. Un lien a toutefois été établi entre les difficultés rencontrées dans les relations interpersonnelles et l'anxiété sociale. En effet, Lochner et al. (2003) soutiennent que le trouble de l'anxiété sociale est associé avec une diminution des interactions sociales. Les auteurs ont également mis en évidence une implication plus importante du TAS dans les relations amoureuses en comparaison avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Enfin, ils ont découvert une

détérioration plus sévère dans les relations amicales tout au long de la vie des individus avec un TAS plutôt qu'avec un TOC ou un trouble panique.

Dans un premier temps, on peut constater dans la peur de rencontrer d'autres personnes, des difficultés d'ordre relationnel. C'est une problématique que l'on retrouve fréquemment chez les individus socialement anxieux. En effet, les chiffres montrent que, par exemple, les personnes souffrant d'anxiété sociale sont généralement plus nombreuses à être célibataires par rapport à la population générale (Barlow & Durand, 2007, chapitre 5). Dans l'étude menée par Davila et Beck (2002), les auteurs ont trouvé que les individus socialement anxieux rapportaient fréquemment des difficultés dans leurs relations interpersonnelles.

Dans un second temps, l'anxiété sociale est en elle-même une source de détresse pour la personne qui en souffre, et elle est liée à une détérioration fonctionnelle significative dans divers domaines de vie (Ruscio et al., 2008 ; Wong, Sarver, & Beidel, 2012). Ainsi, les personnes socialement anxieuses expriment plus de difficultés à trouver un partenaire amoureux, et à se faire des amis. Par ailleurs, les chercheurs Dryman, Gardner, Weeks, et Heimberg (2016) ne s'étonnent pas de trouver un lien entre ces détériorations fonctionnelles et une pauvre qualité de vie chez les personnes qui souffrent d'anxiété sociale.

Ainsi, il semblerait qu'une relation existe entre la qualité des relations interpersonnelles et l'anxiété sociale. De fait, elles constituent un facteur prédisposant à l'anxiété sociale à partir du moment où elles impactent le développement du trouble depuis le plus jeune âge (Spence & Rapee, 2016).

2.3.3. Les relations interpersonnelles et l'attachement

Selon Bartholomew et Horowitz (1991), les modalités de l'attachement chez l'adulte interviennent pour tous les types de liens et tous les types de relations interpersonnelles. Ils soutiennent également que les relations interpersonnelles sont nécessairement anticipées et influencées par les expériences antérieures de l'individu. En effet, les M.I.O ont une influence sur les relations interpersonnelles à l'âge adulte, car en plus d'étayer les représentations que l'individu a du monde et de lui-même (en tant qu'agent dans l'environnement), ils permettent également d'anticiper, et d'avoir des attentes envers les relations interpersonnelles et sociales (Bowlby, 1984). Ces modèles sous-tendent donc la manière d'être et d'interagir des individus

dans leurs relations (Reynaud, 2011). Dès lors, ils se révèlent particulièrement intéressants dans le cadre de cette étude visant à établir des liens entre les styles d'attachement, la qualité des relations interpersonnelles, et l'anxiété sociale.

Dans notre présentation théorique de l'attachement, il est apparu que les précédentes relations influencent les nouvelles. De surcroît, ces dernières peuvent, à leur tour, modifier les schémas et représentations déjà édifiés sur base des expériences relationnelles antérieures. Dans cette perspective, les études longitudinales nous fournissent des informations très intéressantes. Une première étude (Zayas, Mischel, Shoda, & Aber, 2011) a évalué la qualité de la relation entre l'enfant âgé de 18 mois et sa figure maternelle sur trois dimensions (sensibilité/disponibilité, contrôlant, non-disponible), et à l'aide de l'Index expérimental de la relation parent-enfant (CARE-Index, 1988) pendant une séance de jeu semi-structurée. À l'âge de 22 ans, les mêmes sujets ont complété le questionnaire révisé des expériences dans les relations proches (ECR-R, 2000) afin d'évaluer leur style d'attachement. Les auteurs ont constaté que les sujets ayant vécu une bonne expérience avec la figure maternelle (sensible/disponible) manifestent moins d'évitement et d'anxiété dans les relations avec leurs proches à l'âge adulte. A contrario, une figure maternelle qui s'est montrée plutôt contrôlante avec l'enfant prédisait une plus grande tendance à l'évitement des partenaires ainsi qu'une anxiété plus élevée à leur égard. Il semblerait donc que la qualité des relations, à un certain stade du développement de l'individu, influence la qualité de ses relations interpersonnelles ultérieures.

Une seconde étude longitudinale (Pascuzzo, Cyr, & Moss, 2013) a tenté de prouver l'hypothèse selon laquelle les relations insécurisées avec les parents et les camarades à l'adolescence prédisent un attachement plus anxieux dans les relations romantiques. Aussi, cet attachement est supposé être caractérisé par une plus grande utilisation de stratégies orientées vers les émotions à l'âge adulte. Dans cet objectif, les auteurs ont administré l'Inventaire de l'attachement aux parents et aux camarades (Inventory of Parent and Peer Attachment ; IPPA, 1987) lorsque les sujets étaient âgés de 14 ans. Ensuite, ils ont passé le questionnaire des expériences dans les relations proches (Experience in Close Relationships, ECR, 1998) et l'inventaire de coping pour les situations stressantes (Coping Inventory for stressful Situations ; CISS, 1994) lorsque ces mêmes sujets ont eu 22 ans. Ce dernier questionnaire (CISS) évalue les stratégies de coping et la régulation émotionnelle. Les résultats de l'étude convergent pour affirmer que la qualité de la relation précoce entretenue avec les proches influence les relations

romantiques à l'âge adulte. De fait, les auteurs ont établi que les adultes avec un attachement évitant tendent à inhiber les états émotionnels qui activent leur système d'attachement en déviant leur attention des informations chargées d'émotions, ou en évitant les situations stressantes. Ils sont aussi moins susceptibles de communiquer leur détresse aux autres, et de chercher du support social. Néanmoins, les adultes avec un attachement anxieux sont davantage enclins à intensifier, ou à exagérer leurs émotions négatives afin d'attirer, et garder l'attention de leur figure d'attachement. Ils sont donc plus susceptibles d'utiliser des stratégies centrées sur les émotions négatives (s'inquiéter par rapport aux scénarios négatifs potentiels, faire des évaluations catastrophiques, ruminer, etc.).

Ces derniers éléments mettent en évidence des stratégies de gestion des émotions dysfonctionnelles (présentes dans les attachements insécures et l'anxiété sociale) qui peuvent entraîner des difficultés dans les relations interpersonnelles pour l'individu qui présente un style d'attachement insécure.

Cependant, il faut aussi prendre en considération le fait que toutes les relations interpersonnelles ne renvoient pas toujours au système de l'attachement. De même, une relation avec une personne proche n'est pas nécessairement liée à l'attachement, cela dépendra du contexte. A ce titre, l'activation du système de l'attachement ne se fait pas automatiquement dans les situations sociales et interpersonnelles (Mikulincer & Shaver, 2007).

On ajoutera que, selon Reynaud (2011), les changements dans les styles d'attachement ne s'opèrent pas toujours à la suite des événements de vie marquants, mais que ce serait plutôt le vécu subjectif de ceux-ci qui déterminerait l'importance de l'impact de l'évènement sur l'individu. Il nous paraît donc pertinent, dans le cadre de notre étude, d'évaluer la qualité *perçue* des relations interpersonnelles chez les individus étant donné qu'il semblerait que ce soit plus particulièrement le vécu subjectif de ses expériences relationnelles qui influence les modes relationnels, et donc son style d'attachement.

2.3.4. Les relations interpersonnelles et les biais attentionnels

Dans la mesure où peu d'études ont été menées sur le lien entre les relations interpersonnelles et les biais attentionnels, nous allons nous intéresser aux processus cognitifs

retrouvés dans l'anxiété sociale et la dépression, deux troubles associés à des difficultés interpersonnelles.

Selon Nef et al. (2012), des processus psychologiques de deux types interagissent entre eux dans la détermination des problèmes psychologiques, à savoir les processus intra-individuels et les processus interpersonnels (Philippot, Nef et Verhofstadt, 2010 ; Philippot, 2011). On retrouve, notamment, le biais d'attention sélective et l'évitement attentionnel comme processus cognitifs intra-individuels. En outre, Nef et al. (2012) expliquent que les processus et les difficultés interpersonnelles, ainsi que les patterns comportementaux répétitifs dans les interactions avec des personnes significatives, contribuent au développement et au maintien de la détresse et des troubles psychologiques (Carr, 2006 ; Favez, 2010 ; Scott et Robertson, 2003).

Un des processus psychologiques centraux de la dépression concerne les ruminations mentales. Celles-ci sont décrites par Baeyens (2016) comme des pensées récurrentes au sujet de soi-même, des événements négatifs passés, des problèmes non résolus, et des symptômes dépressifs. Elles sont notamment caractérisées par un processus d'évaluation par rapport aux autres, à soi-même dans le passé et à un état désiré. C'est un processus transdiagnostique qui a largement été étudié dans le cadre de la dépression, car il en prédit le développement, la sévérité, et le maintien. Mais on peut également le retrouver dans l'anxiété sociale (Baeyens, 2012).

Le modèle de Kinderman (2009), basé sur une perspective processuelle, explique que des troubles mentaux se développent via la médiation de processus psychologiques (biais attentionnels, difficultés interpersonnelles, ruminations, etc.), et qu'ils sont eux-mêmes influencés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux, et des facteurs circonstanciels. Concernant l'anxiété sociale, ce sont les ruminations post-événementielles que l'on retrouve lorsque l'individu socialement anxieux réalise une introspection mentale minutieuse de sa performance dans une situation sociale antérieure (Brozovich & Heimberg, 2008). C'est également un processus que l'on peut voir à l'œuvre chez des sujets dépressifs.

A ce titre, nous pouvons poursuivre le même raisonnement avec les biais attentionnels. En effet, Armstrong et Olatunji (2012) ont constaté dans leur méta-analyse que les biais d'attention sélective envers l'information liée aux préoccupations représentent un processus critique dans le maintien des troubles émotionnels, et notamment de la dépression.

Par conséquent, nous supposons que les difficultés interpersonnelles sont associées aux biais attentionnels, car ce sont des processus psychologiques qui s'accompagnent et interagissent entre eux au niveau de l'anxiété sociale et de la dépression (Nef et al., 2012).

2.4. Conclusion

Les relations interpersonnelles instaurent un contexte où tous les aspects du fonctionnement relationnel d'une personne peuvent se manifester. Les difficultés interpersonnelles sont donc en interaction avec les attachements insécurisés, les biais attentionnels, et l'anxiété sociale.

En conclusion de cette introduction théorique, nous pouvons retenir que l'attachement, les biais attentionnels, et les difficultés interpersonnelles constituent des facteurs (et des processus psychologiques) liés à l'anxiété sociale. En outre, ces facteurs sont en interaction entre eux et peuvent venir moduler la vulnérabilité au trouble. Notre revue de la littérature a ainsi dévoilé un tableau complexe d'intrications et d'interactions.

3.1. Objectifs de l'étude

Grâce à l'apport de ces recherches, nous avons constaté que le développement de l'anxiété sociale résulte d'une interaction complexe entre divers facteurs/processus qui déterminent par la suite la vulnérabilité d'une personne face au trouble.

Ainsi, les biais attentionnels, le style d'attachement, et la qualité des relations interpersonnelles font partie de ces facteurs de risque de développer (et parfois de maintenir) une anxiété sociale. Toutefois, les relations entre ces facteurs et l'anxiété sociale ont principalement été étudiées séparément.

C'est pourquoi il nous semble particulièrement intéressant et pertinent de réaliser une étude dans laquelle ces différents facteurs seraient évalués conjointement afin d'expliquer leurs liens avec le trouble, mais aussi pour mieux comprendre les contributions spécifiques de chacun d'entre eux. De surcroît, la pertinence de notre projet est corroborée par le fait que, comme nous l'avons observé, peu de recherches ont été menées afin d'étudier ces facteurs de manière conjointe. Enfin, l'apport des biais attentionnels dans l'étude de ces interactions représente une approche originale dans la mesure où elle a été peu introduite dans les recherches comme processus psychologique qui peut lier l'anxiété sociale et d'autres facteurs de risque.

Par conséquent, nous avons décidé d'évaluer l'anxiété sociale (EASL -AE), l'attachement (EAA -R), la qualité des relations interpersonnelles (EQRI), et les biais attentionnels (tâche de détection de sonde) au sein d'une population d'adultes tout-venant. A présent, nous allons développer les quatre hypothèses qui sous-tendent notre étude.

3.2. Hypothèses de l'étude

La première hypothèse que nous formulons vise à établir que *le biais d'attention sélective (tâche de détection de sonde) est également lié à l'anxiété sociale (EASL -AE)*. De fait, dans la littérature scientifique, le lien entre les biais attentionnels et l'anxiété sociale a déjà été mis en évidence. Nous nous attendons donc à découvrir une relation positive entre les scores

des deux variables, traduisant un biais d'attention sélective envers les stimuli émotionnels négatifs (dégoût). Cette relation devrait se manifester par le fait que des scores plus élevés à l'anxiété sociale (EASL -AE) accompagnent des scores plus élevés (et donc positifs) pour les biais attentionnels (vigilance attentionnelle).

La deuxième hypothèse de l'étude consiste à établir que *l'attachement est associé à l'anxiété sociale*. En effet, au vu des résultats des données empiriques de la littérature scientifique présentée précédemment, on s'attend à ce que les scores aux dimensions de l'attachement insécure (anxieux et évitant ; EAA - R) soient corrélés positivement avec les scores à l'anxiété sociale (EASL -AE). Plus particulièrement, nous espérons obtenir une corrélation positive entre les scores à la dimension de l'attachement anxieux (EAA -R) et les scores à l'anxiété sociale (EASL -AE). En d'autres termes, plus les scores des sujets seront élevés aux dimensions insécures de l'attachement, plus leur score à l'anxiété sociale augmentera. Cette sous-hypothèse sous-tend donc qu'il y aurait également des différences individuelles concernant la vulnérabilité à l'anxiété sociale selon que les scores pour l'attachement (EAA -R) soient plus élevés ou plus faibles pour les dimensions de l'anxiété et de l'évitement.

Notre troisième hypothèse pose que *le style d'attachement insécure-anxieux est davantage sujet au biais d'attention sélective envers les stimuli émotionnels négatifs*. Cela se traduirait par une association positive entre les scores à la dimension de l'attachement anxieux et la présence plus importante de biais attentionnels (tâche de détection de sonde).

Enfin, dans la quatrième hypothèse, nous souhaitons mettre en évidence *une association entre les biais attentionnels (tâche de détection de sonde) et la qualité des relations interpersonnelles (EQRI)*. Nous avons suggéré ce lien dans notre dernière partie théorique. Il devrait être observable avec une corrélation négative entre les scores concernant les relations interpersonnelles et les scores relatifs aux biais attentionnels. Nous nous attendons à obtenir cette même *relation négative entre les scores à l'anxiété sociale (EASL -AE), les scores aux dimensions de l'attachement insécures et les scores pour la qualité des relations interpersonnelles*. Toutefois, nous gardons nos réserves quant à ces dernières hypothèses étant donné qu'on ne peut établir un effet sur base de l'absence de problème. Dans ce cas-ci, ce serait par rapport à l'absence, supposée, de problème relationnel.

Partie II : Empirique

4.1. Introduction

L'objectif de cette étude consiste à établir, et à examiner les liens entre les différents facteurs intervenant dans l'anxiété sociale chez l'adulte. Ces facteurs ont été présentés dans la première partie théorique. Aussi, nous avons investigué les différentes interactions qui peuvent intervenir dans leur relation.

Dans la population, il n'est pas rare de rencontrer des individus avec des symptômes d'anxiété sociale subcliniques, et présentant des formes non pathologiques comme la timidité ou l'anxiété de performance (prévalence de 40 % à 60 % pour la timidité et 30 % pour l'anxiété de performance selon André, 2006). Nous avons donc constitué un échantillon au sein d'une population tout-venant (N = 34).

Afin de tester les quatre hypothèses formulées précédemment, nous avons eu recours à plusieurs questionnaires d'auto-évaluation et à une tâche informatisée de détection de sonde dans le but d'évaluer les quatre variables de notre étude, à savoir : l'anxiété sociale, le style d'attachement, la qualité des relations interpersonnelles, et les biais attentionnels. L'ordre d'administration des outils a été déterminé à l'avance, et il est identique pour tous les participants. Nous exposerons en détail les différents outils après avoir décrit notre échantillon.

4.2. Echantillon

4.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères utilisés pour sélectionner les participants étaient l'âge, qui devait être compris entre 18 et 39 ans ainsi que la maîtrise de la langue française. Nous avons fait le choix de ne pas accepter des participants dont l'âge dépassait 40 ans. En effet, nous évaluons des biais attentionnels, or l'âge est un facteur qui peut influencer les performances attentionnelles. De plus, étant donné la population ciblée, nous n'avons pas accepté de participants poursuivant une psychothérapie, ou ayant été diagnostiqués avec un trouble psychologique.

4.2.2. Caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon se compose de 17 hommes et 17 femmes âgés de 18 à 36 ans. Ils sont tous issus d'une population tout-venant. Il est à noter que nous avons été contrainte de retirer deux sujets de l'échantillon de départ qui s'élevait à 36 participants (18 femmes et 18 hommes) parce que ceux-ci avaient commis trop d'erreurs à la tâche informatisée évaluant les biais attentionnels, et avaient indiqué un niveau de nervosité important à l'échelle visuelle analogique.

Les participants ont été recrutés à l'aide d'annonces publiées sur les réseaux sociaux, d'affiches posées dans des cabinets ou commerces (médecin, kinésithérapeute, sandwicherie, etc.), ou par contact direct.

4.3. Outils utilisés

4.3.1. Recueil de données sociodémographiques

Afin de recueillir des informations générales à propos des participants, nous avons utilisé un questionnaire de données sociodémographiques (Annexe 1). Les items renseignent sur le sexe, l'âge, l'origine, le statut socioprofessionnel, l'activité professionnelle, l'état civil, si le sujet est en couple, s'il a des enfants (et si oui, combien), le niveau d'étude, et les personnes avec qui il vit actuellement.

Ces informations vont nous permettre de mieux comprendre les caractéristiques de notre échantillon, et par la suite d'approfondir nos analyses statistiques en fonction de facteurs spécifiques comme l'âge ou le genre.

4.3.2. Evaluation de l'humeur actuelle

4.3.2.1. Echelle visuelle analogique (EVA)

Cette échelle d'auto-évaluation permet d'évaluer l'humeur du sujet à l'instant présent (Annexe 2). De fait, elle peut être utilisée pour des mesures subjectives des émotions.

L'aspect « continu » de l'échelle se différencie des échelles dites « discrètes » comme l'échelle de Likert. Le sujet doit indiquer sur une échelle allant de 0 à 100 par exemple, l'intensité qu'il ressent actuellement pour l'émotion en question.

Dans l'échelle visuelle analogique utilisée pour cette étude, le sujet devait indiquer à l'aide d'une croix sur une échelle comment il se sentait au moment même. Voici la procédure que les participants ont suivie pour compléter l'outil :

- a) Pour commencer, il est demandé au sujet d'évaluer son humeur sur une échelle allant de -1 (négative) à +1 (positive), l'entre-deux représentant une humeur neutre.
- b) Ensuite, le sujet devait se positionner à nouveau sur trois échelles représentant trois émotions différentes en fonction de l'intensité de l'émotion ressentie. Pour la joie, la tristesse, et la nervosité, les échelles vont de 0 (pas du tout) à 10 (extrêmement).

L'utilité de cette échelle est qu'elle procure des mesures qui vont nous permettre de contrôler les performances des sujets à la tâche attentionnelle. Ainsi, nous pouvons modérer des scores anormaux en fonction de l'humeur indiquée par le sujet si le cas se présente.

4.3.2.2. *Questionnaire abrégé de Beck (BDI-13)*

Le BDI est une échelle d'auto-évaluation dont le but est de mesurer l'intensité de la dépression (Annexe 3). Elle a été développée par Beck (1972), et validée en France par Lempérière et al. (1984), Collet et Cottraux (1986) et Cottraux (1988). Elle comprend 21 items dans sa forme originale. Elle est également la mesure subjective de la dépression la plus utilisée.

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi d'administrer la forme abrégée de l'échelle. Celle-ci a été construite, d'un côté, en retenant que les items du BDI les plus fortement corrélés avec la note globale de l'échelle et, de l'autre, avec les items fortement corrélés avec les évaluations des cliniciens sur l'intensité du syndrome dépressif. Beck a donc constitué cette version abrégée comprenant 13 items et montrait une corrélation de .96 avec le score de l'échelle originale et à .61 avec les évaluations des cliniciens. Les auteurs Reynolds et Gould (1981) ont mis en évidence, dans leur étude de validation de la version abrégée de l'échelle, que la fiabilité de la consistance interne s'élevait à .83.

Les 13 items de l'échelle évaluent 13 symptômes dépressifs. Les voici exposés dans l'ordre :

- 1) La tristesse
- 2) Le pessimisme
- 3) L'échec personnel
- 4) L'insatisfaction
- 5) La culpabilité
- 6) Le dégoût de soi
- 7) Les tendances suicidaires
- 8) Le retrait social
- 9) L'indécision
- 10) La modification négative de l'image de soi
- 11) Les difficultés au travail
- 12) La fatigabilité
- 13) L'anorexie

Les items se divisent en séries allant de A à M, et ils comprennent chacun 4 propositions (0 à 3). Le score global à cette échelle peut être interprété selon différents scores seuils de l'intensité des symptômes dépressifs retenus par Beck et Beamesderfer (1974) :

- a) Score de 0 à 3 : pas de dépression
- b) Score de 4 à 7 : dépression légère
- c) Score de 8 à 15 : dépression modérée
- d) Au-delà de 16 : dépression sévère

Concernant le mode d'administration, le sujet doit entourer pour chaque série la ou les propositions qui lui correspondent le mieux suivant son état actuel. Lors de la cotation, nous n'additionnerons que les scores les plus élevés de chaque série.

Notre choix s'est porté sur cet outil, car il permet au participant d'effectuer lui-même une évaluation de son état actuel. De plus, il constitue un outil facile et rapide d'utilisation pour évaluer la dépression sans pour autant perdre en validité par rapport à la version initiale.

4.3.3. Evaluation de l'anxiété sociale

4.3.3.1. Echelle de l'anxiété sociale de Liebowitz – Version d'auto évaluation (EASL - AE)

Cette échelle est fréquemment utilisée pour mesurer l'anxiété sociale (Annexe 4). Elaborée par Liebowitz en 1987, elle a pour objectif d'évaluer l'anxiété et l'évitement dans les situations sociales. La version d'auto-évaluation a été traduite en français par Lepine et Cardot (1990), révisée et validée par Yao et al. (1999) ainsi que par Heeren et al. (2012). Dans leur étude, ces derniers ont mis en évidence la fiabilité de la consistance interne de l'outil avec un alpha de Cronbach s'élevant à .75.

L'outil se compose de 24 items où il est demandé au sujet de donner une réponse entre 0 (aucune) à 3 (sévère) pour la dimension de l'anxiété/peur et une réponse de 0 (jamais) à 3 (habituel) pour la dimension de l'évitement. Il est possible d'interpréter les scores selon les dimensions (respectivement de 0 à 72) ou de ne retenir que le score global (de 0 à 144). Voici les normes appliquées pour l'interprétation de la note totale :

- a) Un score inférieur ou égal à 51 : anxiété sociale légère
- b) Un score de 52 à 81 : anxiété sociale modérée
- c) Un score 82 ou supérieur : anxiété sociale sévère

Mennin et al. (2002) ont établi qu'une note de 30 permet de distinguer les sujets contrôles des sujets phobiques sociaux.

Dans une analyse plus approfondie de l'échelle, Oakman, van Amerigen, Mancini, et Farvolden (2003) proposent d'interpréter l'EASL-AE selon le modèle des 4 facteurs présenté initialement par Safren et al. (1999). Les facteurs en question représentent l'interaction sociale (12 items), la prise de parole en public (5 items), le fait de manger et boire en public (2 items) et le fait d'être observé (5 items). Les résultats de l'étude de validation de la version française de l'outil menée par Heeren et al. (2012) sont consistants avec le modèle dans la mesure où les quatre facteurs présentés ci-dessus seraient à chaque fois mesurés sur la dimension de l'anxiété et la dimension de l'évitement (excepté pour le facteur « être observé » uniquement évalué sur la dimension de l'anxiété).

4.3.3.2. *Questionnaire des peurs de Marks et Mathews (QP, 1979)*

Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation traduit en français par Cottraux, Boulevard, et Messy (1987), et analysé comme étant un instrument empiriquement valide, fidèle, et sensible pour mesurer les phobies (Annexe 5). Il a pour objectif de réaliser une brève évaluation des problèmes phobiques les plus fréquemment rencontrés en clinique. C'est l'un des instruments évaluant la phobie sociale le mieux validé et le plus utilisé dans le monde. Le questionnaire se compose de 24 items, et peut être divisé en trois parties.

La première partie (items 1-17) évalue les phobies au moyen du comportement d'évitement. Dans cette partie, on retrouve trois sous-scores qui mesurent l'agoraphobie (5 items), la phobie sociale (5 items), et la phobie du sang et des blessures (5 items). La cotation se fait sur une échelle de 9 points allant de 0 (n'évite pas la situation) à 8 (évite toujours la situation). La deuxième partie renseigne sur l'anxiété, les attaques de panique, et la dépression (items 18 à 23). La troisième partie, enfin, vise à évaluer le niveau de gêne engendré par le comportement phobique.

Dans cette étude, nous ne retiendrons que la sous-échelle de la première partie du questionnaire mesurant la phobie sociale. Les auteurs Marks et Mathews (1979) ont établi un indice de fiabilité de .82 concernant celle-ci. Elle nous permettra d'améliorer la validité de nos interprétations sur base de l'anxiété sociale chez les participants. En effet, l'EASL-AE se base notamment sur la dimension de l'évitement situationnel pour déterminer la sévérité de l'anxiété sociale chez les sujets. Par ailleurs, et concernant les situations sociales, Liebowitz (1987) a mis en évidence une forte corrélation entre l'anxiété et l'évitement.

Le score total pour la sous-échelle de la phobie sociale est compris entre 0 et 40. Une note supérieure à 20 est considérée comme problématique, et renseigne sur la présence de la phobie en question.

4.3.4. Evaluation de l'attachement

C'est avec l'échelle révisée de l'attachement chez l'adulte de Collins (EAA -R, 1996) que nous allons évaluer l'attachement chez les participants (Annexe 6). Nous avons choisi d'administrer la version pour les relations proches qui englobe les relations interpersonnelles en général (la famille, les amis, etc.) plutôt que de nous limiter aux relations intimes. Précisons que l'outil n'était disponible que dans sa version originale, c'est-à-dire en anglais. Par conséquent, nous avons entrepris de traduire les items en français.

L'EAA-R est une échelle d'auto-évaluation composée de 18 items. Il est demandé au participant d'indiquer pour chaque énoncé dans quelle mesure il le caractérise dans son fonctionnement relationnel avec les personnes qui lui sont proches. Le score est déterminé à partir d'une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout caractéristique de moi) à 5 (très caractéristique de moi).

L'auteur de l'outil, Collins (1996), propose différentes façons de coter les résultats. Dans notre étude, nous avons préféré effectuer la cotation selon les deux dimensions de l'attachement. Nous obtenons ainsi deux sous-échelles avec 6 items pour la « dimension anxiété » et 12 items pour la « dimension évitement ». Les scores peuvent aller de 0 à 30 pour la première sous-échelle et jusqu'à 60 pour la deuxième. Pour Collins (1996), un score élevé se situe au-dessus du score moyen de l'échelle de Likert. C'est donc un score de 4 ou 5 pour chaque item ou un score total supérieur à 15 pour la sous-échelle de l'anxiété, et un score total supérieur à 30 pour la sous-échelle de la dimension évitant. Les attachements anxieux et évitant sont donc respectivement caractérisés par des scores élevés dans les dimensions respectives et un attachement sécure se traduit par un score faible pour ces mêmes dimensions.

Nous avons également interprété les scores selon les recommandations de l'auteur (Collins, 1996), à savoir les coter sur trois dimensions de l'attachement. On obtient ainsi trois sous-échelles de 6 items :

- L'échelle de la proximité (« close ») qui mesure à quel point la personne peut être à l'aise, proche et intime avec les autres.
- L'échelle de la dépendance (« depend ») qui évalue dans quelle mesure une personne sent qu'elle peut compter sur la disponibilité des autres lorsqu'elle est dans le besoin.
- L'échelle de l'anxiété (« anxiety ») qui mesure à quel point la personne s'inquiète d'être abandonnée ou pas aimée.

Toutefois, cette cotation ne nous a pas apporté plus d'informations quant à la première et elle permet essentiellement de constituer les trois styles d'attachement (insécure, anxieux et évitant). Dans la mesure où nous privilégions une approche dimensionnelle de l'attachement, car recommandée dans la littérature scientifique (Fraley & Shaver, 2000), nous nous en tiendrons à la première façon de coter les items, à savoir sur les deux dimensions de l'attachement.

4.3.5. Evaluation de la qualité des relations interpersonnelles

L'échelle de la qualité des relations interpersonnelles (EQRI, 1992) (Annexe 7) a été créée par Senécal, Vallerand, et Vallières (1992). C'est un instrument auto-évaluatif qui mesure la qualité des relations interpersonnelles chez les jeunes adultes encore étudiants. Elle se compose de cinq sous-échelles qui évaluent les relations dans la famille, avec les partenaires amoureux, les amis, les pairs et les autres personnes en général. Au sein de chaque sous-échelle, les relations sont également évaluées sur plusieurs dimensions à savoir l'harmonie, la valorisation et la satisfaction que peuvent apporter les relations en question ainsi que si ces relations leur permettent de faire confiance.

L'outil possède une cohérence interne satisfaisante ainsi qu'une stabilité temporelle élevée selon l'étude de validation de Senécal et al. (1992). Concernant son administration, le sujet doit entourer la valeur qui correspond le mieux à la qualité des relations qu'il entretient actuellement avec les personnes de son entourage. Le choix se fait sur une échelle de Likert allant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). La cotation se résume à effectuer la somme de chaque sous-échelle (minimum = 0 et maximum 16).

S'ils sont actifs professionnellement, nous avons précisé aux participants que les items se référant aux relations avec les pairs pouvaient être substitués par leurs relations avec leurs collègues. La note totale de toutes les sous-échelles renseigne sur la qualité perçue des relations interpersonnelles chez les participants. Néanmoins, une grande partie de ceux-ci (au nombre de 16) n'ont soit, pas répondu aux items concernant les relations amoureuses (car pas en couple actuellement), soit n'ont pas répondu à ceux touchant aux relations avec les pairs/collègues (car ils ne sont pas aux études ou ne travaillent pas), et parfois ils n'ont pas donné de réponse dans les deux cas. Dès lors, nous avons décidé de travailler sur les notes des sous-échelles concernant les relations avec la famille, les amis, et les personnes en général. Notre choix ne pose pas de problème dans la mesure où nous nous intéressons plus spécifiquement aux relations interpersonnelles en général, et ne ciblons pas uniquement les relations intimes. Par conséquent, le score global de ces trois sous-échelles est compris entre 0 et 48.

Nous nous sommes intéressée à cette échelle, car elle offre une évaluation des relations sur plusieurs dimensions, ce que l'on ne retrouve pas dans d'autres échelles davantage construites sur un aspect unidimensionnel. De plus, celle-ci se base sur la qualité des relations telle que perçue par le sujet, et ce dans plusieurs domaines interpersonnels en même temps.

4.3.6. Évaluation des biais attentionnels

Nous avons fait passer aux participants une tâche de détection de sonde afin d'évaluer les éventuels biais attentionnels. La tâche a été élaborée par Audrey Krings sur base du modèle présenté dans l'étude de MacLeod et al. (1986). Toutefois, dans notre étude, nous avons utilisé des visages comme stimulus. La tâche comprend une série de 320 essais et dure 21'30 minutes sans interruption.

Avant de commencer le testing, le sujet est placé à environ 1 mètre de l'écran de l'ordinateur. La hauteur de l'appareil est ajustée pour que l'écran soit au même niveau que la tête du participant. La lumière est également contrôlée, d'une part nous avons conservé le même niveau de luminosité de l'écran pour chaque testing et, d'autre part, nous avons essayé de reproduire au mieux un même niveau d'éclairage dans la pièce où se déroulait le testing. Lorsque le sujet était installé dans un bon environnement, la tâche était lancée sur l'ordinateur avec le programme (E-Prime version 3.0), et la consigne apparaissait en premier lieu.

Un essai de la tâche se présente comme suit (Annexe 8) : une croix de fixation au milieu de l'écran apparaît, il est demandé au sujet de le regarder. Ensuite, deux visages d'une même personne sont présentés séparément sur l'axe vertical pendant 500 ms. L'un des visages représente une émotion neutre et l'autre négative (dégoût). L'ordre des visages dans les 320 essais est aléatoire, et il change pour chaque testing et il y a aussi bien des visages d'hommes que de femmes. Ensuite, la sonde apparaît aléatoirement (cela dépend de l'ordre des essais) dans le champ visuo-spatial d'un des deux visages, et le sujet doit alors « cliquer » le plus rapidement possible sur le bon bouton correspondant à la nature de la sonde. En effet, si c'est un « . » qui apparaît, le sujet doit appuyer sur le bouton gauche de la souris et si c'est « : » qui s'affiche, il devra cliquer sur le bouton droit de la souris. Le temps de réaction (le temps que met le sujet à cliquer sur un des boutons de la souris) est enregistré.

Le temps de réaction entre l'apparition de la sonde à l'écran et la réponse du sujet est enregistré puisque c'est sur base de celui-ci que l'on va déterminer s'il y a une influence du stimulus lié à une menace (le dégoût) dans la distribution de l'attention visuelle de l'individu. Les sujets socialement anxieux ont tendance à diriger préférentiellement leur attention sur les stimuli qui leur sont menaçants comme les visages véhiculant une émotion sociale négative ce qui aboutit à une réduction du temps de réaction si la sonde apparaît dans le même champ visuo-spatial que le visage de dégoût (dans ce cas-ci) présenté précédemment.

En ce qui concerne l'encodage des résultats, nous avons procédé à un tri parmi les données, et nous avons retiré toutes les erreurs (les mauvaises réponses aux sondes) ainsi que les absences de réponse. Ensuite, nous avons appliqué les normes utilisées par Dewitte et al. (2007) dans leur étude sur le processus attentionnel envers la menace et l'attachement chez l'adulte. Ainsi, nous avons retiré tous les essais présentant un temps de réaction inférieur à 200 ms (temps trop court pour avoir répondu après détection de la sonde) et supérieur à 2000 ms. Nous avons également retiré les temps de réaction qui étaient inférieurs ou supérieurs à trois écarts-types de la moyenne du sujet. Après cela, nous nous sommes basée sur l'étude de Grafton et MacLeod (2016) pour déterminer si les résultats restant après ce tri des « outliers » étaient suffisants pour procéder à des analyses statistiques. Les auteurs ont exclu les participants ayant un taux de justesse/précision inférieur à 85 %. Dans notre tâche comprenant 320 essais, cela correspond à un total d'essais gardé inférieur à 272.

Les images des visages présentées dans la tâche sont issues de la base de données KDEF dont la validation a été réalisée dans plusieurs études (Karolinska Directed Emotional Face ;

Lundqvist, Flykt, & Öhman, 1998 ; Goeleven, De Raedt, Leyman, & Verschuere, 2008). Nous avons choisi l'émotion de dégoût, car celui-ci représente un stimulus émotionnel négatif pour les sujets socialement anxieux. La sonde (« . » ou « : ») ainsi que la réponse (cliquer sur un des deux boutons de la souris) constituent respectivement le stimulus neutre et la réponse neutre. Le temps de présentation des visages est fixé à 500 ms parce que, dans la littérature, une réaction après une présentation des stimuli entre 200 et 500 ms est considérée comme ressortissant de processus plus automatiques. Un temps de présentation au-delà de 500 ms tendra davantage à dépendre de processus plutôt conscients et sous le contrôle du sujet.

L'idée qui se cache derrière la tâche de détection de sonde, c'est que le temps de réaction est plus rapide pour les essais congruents que pour les essais incongruents puisque l'attention est déjà portée sur l'endroit où la sonde apparaît. Ce phénomène est désigné comme l'*effet de congruence* (« congruency effect ») et traduit une attention sélective. La tâche de détection de sonde est la mieux adaptée pour mesurer l'attention sélective en comparaison des autres tâches attentionnelles. En effet, la réponse demandée au sujet fait suite à la présentation d'un double-stimulus (le « . » ou les « : ») ce qui implique que le sujet fasse un choix entre un stimulus ou un autre. Les indices de biais attentionnels sont calculés en soustrayant de la moyenne des temps de réaction aux essais incongruents, la moyenne des essais congruents (« incongruent – congruent »). Un score positif indique une vigilance attentionnelle (des temps de réaction plus courts aux essais congruents qu'aux essais incongruents), tandis qu'un score négatif indique un évitement (temps de réaction plus courts pour les essais incongruents en comparaison des essais congruents) (Mogg, Millar, & Bradley, 2000 ; Dewitte, & al., 2007).

Nous devons préciser que nous avons rencontré des problèmes techniques avec l'ordinateur utilisé pour les testing. Celui-ci a dû être remplacé (pour 15 participants) par un autre ordinateur portable de la marque Asus, avec une taille de l'écran de 15 pouces. Toutefois, nous sommes parvenus à conserver les mêmes conditions de passation (luminosité de l'écran, position, etc.).

4.4. Procédure

Pour commencer, une lettre d'information (Annexe 9) était présentée au participant. Dans celle-ci, il retrouvait toutes les informations dont il avait besoin avant de commencer le testing. Le sujet était libre de poser plus de questions s'il désirait obtenir des précisions. Ensuite, il doit

compléter et signer un formulaire de consentement (Annexe 10) stipulant ses droits et récapitulant les informations de base au cas où il aurait souhaité nous recontacter. Il y était également expliqué comment les informations seraient utilisées et stockées ainsi que les personnes qui y auraient accès.

Il lui était par après demandé de compléter en premier lieu le questionnaire sur les données sociodémographiques, et ensuite l'échelle visuelle analogique (EVA). Après quoi, nous passions à la tâche de détection de sonde sur l'ordinateur portable. La consigne était présentée une première fois, les conditions expérimentales étaient contrôlées, à la suite de quoi, le sujet pouvait commencer à réaliser la tâche informatisée une fois qu'il était prêt et qu'il avait bien intégré la consigne.

Pour terminer, le participant doit compléter, dans l'ordre donné ci-dessous, cinq questionnaires afin d'évaluer son humeur actuelle, son niveau d'anxiété sociale, la qualité de ses relations interpersonnelles et son attachement.

- 1) L'échelle sur la qualité des relations interpersonnelles (EQRI)
- 2) L'échelle de l'attachement chez l'adulte – révisée (EAA – R)
- 3) L'échelle de l'anxiété sociale de Liebowitz – version d'auto-évaluation (EASL – AE)
- 4) L'inventaire abrégé sur la dépression de Beck (BDI-13)
- 5) Le questionnaire des peurs (QP)

Pour terminer, un débriefing oral avait lieu avec le participant qui était libre de poser des questions s'il souhaitait obtenir plus de précisions à propos de l'étude.

5.1. Introduction

Dans le but de mettre à l'épreuve les hypothèses présentées dans notre étude, nous avons utilisé le logiciel STATISTICA (version 13.0) édité par StatSoft. Les objectifs des analyses statistiques sont de tester les liens entre les trois facteurs de risque (l'attachement, les relations interpersonnelles, les biais attentionnels) et l'anxiété sociale ainsi que de procéder à des analyses plus approfondies des interactions entre ceux-ci.

Avant de procéder aux analyses statistiques, nous avons testé la normalité de la distribution des scores de nos variables. Le test de Kolmogorov-Smirnov révèle que toutes les variables sont normalement distribuées (Annexe 11). Nous avons donc employé des tests paramétriques pour la suite de nos analyses, celles-ci étant réputées plus fiables.

Les variables, constituées de données recueillies avec les outils utilisés dans la méthodologie, sont toutes métriques. Nous avons employé différentes statistiques pour obtenir nos résultats : statistiques descriptives, le test t de Student, ANOVAs simples et factorielles, les analyses de variance à mesures répétées, les coefficients de corrélations de Bravais-Pearson et les corrélations partielles. Les résultats sont considérés comme significatifs avec un niveau d'incertitude $\alpha = 5 \%$ et donc une probabilité de dépassement fixée à 0.05 pour l'ensemble des analyses.

5.2. Les caractéristiques de l'échantillon

Dans cette partie, les caractéristiques cliniques de l'échantillon sont présentées suite aux données récoltées avec le questionnaire sociodémographique.

Tableau 1 : Les données sociodémographiques relatives à l'échantillon total.

	Echantillon total (N = 34)
	Moyenne (SD)
Age	25,71 (5,2)
Années d'étude	13,23 (2,36)
	Effectif (%)
Sexe	
Homme	17 (50%)
Femme	17 (50%)
Statut socio-professionnel	
Etudiant	12 (35,29)
Ouvrier	4 (11,76)
Employé	15 (44,12)
Mère/père au foyer	1 (2,94)
Sans-emploi	2 (5,88)
Activité professionnelle	
Temps plein	28 (82,35)
Temps partiel	4 (11,76)
Autre (ne travaille pas)	2 (5,88)
Domaine d'étude	
Général	20 (58,82)
Technique de transition	2 (5,88)
Technique de qualification	4 (11,76)
Professionnel	6 (17,65)

Artistique	2 (5,88)
Etat civil	
Célibataire	27 (79,41)
Marié(e)	4 (11,76)
Cohabitant légal	3 (8,82)
En couple	
Oui	21 (61,76)
Non	13 (38,23)
Enfant(s)	
Oui	8 (23,53)
Non	26 (76,47)
Vivre	
Seul(e)	4 (11,76)
Conjoint(e)	13 (38,24)
Enfant(s)	1 (2,94)
Frère(s)/Sœur(s)	2 (5,88)
Parent(s)	14 (41,18)

Nous avons réalisé des ANOVAs à un facteur et des ANOVAs factorielles 1x2 ainsi qu'un test t pour variable groupée sur les données afin de vérifier si les facteurs n'ont pas d'effet sur les variables de notre étude, et s'ils ne sont pas en interaction entre eux. Voici les résultats obtenus de ces analyses :

Premièrement, nous observons un effet principal du statut socio-professionnel sur les scores à l'EASL Total ($F(4, 29) = 4.29, p = .007$). Nous avons donc appliqué le test post-hoc de Tukey HSD afin de mieux comprendre les interactions entre la variable et le facteur. Les

résultats indiquent que le statut socio-professionnel de mère au foyer en comparaison avec le statut d'étudiant ($p = .038$), le statut d'employé ($p = .04$) et le statut de sans-emploi ($p = .008$) diffère significativement dans les scores à l'EASL Total (Annexe 12). En effet, le sujet concerné obtient un score à l'EASL Total plus élevé que les sujets des trois autres catégories. Ensuite, un effet principal du statut socio-professionnel est également constaté concernant la dimension de l'évitement du EAA ($F(4, 29) = 3.19, p = .027$). Le test Post Hoc de Tukey HSD révèle que ce sont plus particulièrement les moyennes au statut de mère au foyer et de sans-emploi qui diffèrent ($p = .027$). Là aussi, le sujet concerné par le statut de mère au foyer montre un score significativement plus élevé que les sujets sans-emploi (Annexe 13).

Deuxièmement, on remarque un effet principal du facteur renseignant sur les personnes avec qui vivent les sujets et le score à l'EASL Total ($F(4, 29) = 3.13, p = .029$). Nous avons donc procédé à un test Post Hoc de Tukey HSD. Ce dernier montre que les sujets vivant avec leur(s) enfant(s) ont un score plus élevé à l'EASL Total que ceux qui vivent avec leur conjoint(e) ($p = .039$) et ceux qui vivent avec leur(s) parent(s) ($p = .044$) (Annexe 14).

Troisièmement, on constate un effet principal du sexe sur plusieurs de nos variables. Cela concerne les scores à l'EASL Total qui sont significativement supérieurs chez les femmes ($M = 60.00, SD = 23.06$) que chez les hommes ($M = 32.35, SD = 18,94, t(32) = 3.82, p < .001$). Ce phénomène est également observé pour les scores l'EAA Dimension Anxiété avec des scores plus élevés chez les femmes ($M = 19.12, SD = 5.59$) que chez les hommes ($M = 13.00, SD = 5.75, t(32) = 3.14, p = .003$). Nous constatons la même chose pour les scores à l'EAA Dimension Evitement avec des scores plus importants de nouveau pour les femmes ($M = 18.44, SD = 4.47$) que pour les hommes ($M = 14.44, SD = 3.99, t(32) = 3.12, p = .003$). On précisera qu'on n'a pas trouvé d'effet concernant le sexe et les scores à l'EQRI ($t(32) = -0.83, p = .411$), le BDI ($t(32) = 1.68, p = .102$) et à la tâche de détection de sonde ($t(32) = -1.09, p = .282$) (Annexe 15).

Enfin, on remarque que l'âge n'a pas d'effet sur les variables de notre étude ($F(11, 22) = 1.51, p = .196$) (Annexe 16).

5.3. Les données relatives aux outils utilisés

Les scores des 34 participants ont été encodés pour chaque outil utilisé lors du protocole. La moyenne des scores (m), l'écart-type (SD) ainsi que le score minimal et maximal sont représentés dans le tableau 2.

Tableau 2 : *Scores des participants aux échelles et tâche de détection de sonde.*

	Moyenne (SD)	Minimum	Maximum
BDI-13 (0-39)	4.79 (3.67)	0.00	15.00
EASL – Anxiété (0-72)	24.71 (13.81)	1.00	54.00
EASL – Evitement (0-72)	21.47 (12.48)	2.00	56.00
EASL – Total (0-144)	46.18 (25.07)	3.00	110.00
EASL – Interactions sociales (Anxiété) (0-36)	12.18 (7.96)	0.00	30.00
EASL – Interactions sociales (Evitement) (0-36)	10.44 (7.37)	0.00	32.00
EASL – Interactions sociales (Total) (0-72)	22.62 (14.75)	0.00	62.00
QP – Phobie sociale (0-40)	7.53 (6.54)	0.00	25.00
EQRI – Relations familiales, amicales, générales (0-48)	32.29 (4.93)	23.00	44.00
EAA – Dimension Anxiété	16.06 (6.39)	6.00	28.00

(6-30)			
EAA – Dimension Évitement (12-60)	32.88 (8.41)	18.00	51.00
Biais attentionnels	-3.79 (15.40)	-49.27	39.21

Avant de passer à la suite des analyses, nous pouvons observer que les scores pour les échelles EASL (Anxiété), EASL (Évitement), EASL (Total) et QP (Phobie sociale) sont relativement bas. En d'autres termes, nous n'avons pas de participant dans l'échantillon ayant atteint des scores élevés à l'anxiété sociale. Ce résultat ne nous paraît pas étonnant puisque l'échantillon est issu d'une population tout-venant. Nous devons donc garder à l'esprit, pour la suite, que nous travaillons avec des niveaux d'anxiété sociale de « très faibles » à « légers » et « modérés ». Nous ajouterons qu'il en va de même pour la BDI, même si nous n'utilisons pas majoritairement cette variable. Cela indique simplement que, dans notre échantillon, nous avons essentiellement des sujets sains qui peuvent présenter des symptômes cliniques et cette constatation concorde avec l'approche dimensionnelle adoptée dans notre étude.

5.4. Analyses des relations entre l'anxiété sociale et les trois facteurs de risque

Dans la première partie théorique, de notre travail, nous avons observé que l'attachement, les biais attentionnels, et la qualité des relations interpersonnelles représentent des facteurs de risque de l'anxiété sociale. Et de fait, de nombreuses recherches ont déjà pu démontrer leurs relations. Dans notre étude, nous avons pour objectif de tester les liens entre ces facteurs et l'anxiété sociale dans la mesure où ces liens ont été exposés dans le modèle de Spence et Rapee (2016) et dans la littérature scientifique. L'une des hypothèses de notre étude est que l'on retrouvera ainsi des corrélations positives entre les scores aux échelles évaluant l'anxiété sociale et les scores pour les attachements inséculs (anxieux et évitant) et les biais attentionnels.

Nous avons eu recours au test de corrélation de Pearson-Bravais pour obtenir les résultats (Annexe 17). Il est néanmoins important de souligner que la BDI-13 est corrélée

significativement avec plusieurs de nos variables comme la EASL Anxiété ($r(34) = .41, p = .015$), la EASL Total ($r(34) = .38, p = .025$), EASL Interactions sociale – Anxiété ($r(34) = .35, p = .044$), le EQRI - Total ($r(34) = -.55, p < .001$), la EAA – dimension anxiété ($r(34) = .39, p = .021$) et la EAA – dimension évitement ($r(34) = .66, p < .001$). Ces résultats signifient que des symptômes dépressifs sont plus présents lorsque les scores aux échelles d’anxiété sociale sont plus élevés et lorsque les scores à la qualité des relations interpersonnelles sont plus faibles.

Suite à cette observation, nous avons décidé d’appliquer un test de corrélations partielles afin d’isoler l’influence de la variable BDI sur l’anxiété sociale, l’attachement, la qualité des relations interpersonnelles et les biais attentionnels (tableau complet Annexe 18). Nous ne retiendrons que ces résultats pour la suite de l’analyse.

Tableau 3 : *Corrélations entre les scores à l’anxiété sociale et les trois facteurs de risque (avec la variable BDI contrôlée)*

	EAA – Dimension Anxiété	EAA – Dimension Evitement	Biais Attentionnels	EQRI-Total
EASL – Total	.5149 p=.002	.2716 p=.126	-.0835 p=.644	-.2272 p=.203
EASL- Evitement	.3847 p=.027	.2857 p=.107	-.1670 p=.353	-.2354 p=.187
EASL - Anxiété	.5852 p<.001	.2307 p=.196	.0035 p=.984	-.1965 p=.273
EASL – Interactions sociales (Anxiété)	.5831 p<.001	.1458 p=.418	.0785 p=.664	-.1091 p=.546
EASL – Interactions sociales (Évitement)	.3448 p=.049	.2203 p=.218	-.0143 p=.937	-.1615 p=.369
EASL – Interactions sociales (Total)	.4869 p=.004	.1900 p=.290	-.0347 p=.848	-.1404 p=.436
QP – Phobie sociale	.1874 p=.296	.2456 p=.168	-.0526 p=.771	-.0998 p=.581

5.4.1. L'anxiété sociale et les biais attentionnels

a) Analyse des sous-échelles de l'anxiété sociale

Afin de déterminer si la différence des moyennes des scores aux sous-échelles de l'anxiété sociale est différente de 0, nous avons appliqué un test t pour des échantillons appariés.

D'une part, les résultats révèlent qu'il y a bien une différence significative entre les moyennes des sous-échelles, avec des scores plus élevés à l'EASL – Anxiété ($M = 24.71, SD = 13.81$) qu'à l'EASL – Evitement ($M = 21.47, SD = 12.48$), $t(33) = 2.35, p = .025$. D'autre part, nous obtenons une seconde différence significative avec des scores plus élevés à l'EASL – Interactions sociales (Anxiété) ($M = 12.18, SD = 7.96$) que ceux à l'EASL – Interactions sociales (Evitement) ($M = 10.44, SD = 7.37$), $t(33) = 2.39, p = .023$.

Ces résultats indiquent que les sujets de notre échantillon ont tendance à obtenir des scores plus élevés aux sous-échelles évaluant l'anxiété dans les situations sociales qu'aux sous-échelles d'évitement.

b) Analyse des biais attentionnels

Pour déterminer s'il y a présence de biais attentionnels dans l'échantillon, nous devons procéder à la comparaison de la moyenne aux essais congruents et de la moyenne aux essais incongruents. Nous avons utilisé le test t pour échantillons appariés afin de réaliser cette analyse et les résultats obtenus indiquent une différence de -3.80 mais non significative dans l'échantillon ($t(33)=-1.44, p=.16$). Dès lors, nous n'avons pas assez de preuves pour soutenir l'hypothèse d'une différence entre les deux moyennes.

Tableau 4 : données de la tâche de détection de sonde.

	m (SD)
Moyennes des temps de réaction aux essais incongruents	584.79 (61.64)
Moyennes des temps de réaction aux essais congruents	588.59 (62.50)

Différence entre les moyennes (incongruent – congruent)	-3.80 (15.40)
--	------------------

Dans la suite de nos analyses, nous allons continuer à utiliser les scores à l'indice de biais attentionnels avec les autres variables de notre étude pour mieux comprendre leurs associations. Toutefois, il faudra garder à l'esprit que les résultats du test t n'ont pas pu mettre en évidence des biais attentionnels significatifs dans l'échantillon.

c) Association entre l'anxiété sociale et les biais attentionnels

Dans un premier temps, nous n'avions pas trouvé assez de preuve pour soutenir la présence significative de biais attentionnels dans l'échantillon. Les résultats des analyses de corrélation nous indiquent, de plus, que les biais attentionnels ne sont également pas liés de manière significative avec les scores à l'EASL - Total ($r(34) = -.08, p = .644$), l'EASL - Anxiété ($r(34) = .01, p = .984$), l'EASL - Evitement ($r(34) = -.16, p = .353$), l'EASL - Interactions sociales (Total) ($r(34) = .03, p = .848$) et la QP - Phobie sociale ($r(34) = .05, p = .771$).

Par conséquent, nous avons procédé à la constitution de deux groupes au sein de notre échantillon total avec un score seuil de 30 pour établir la présence de l'anxiété sociale. Nous obtenons un groupe de non-anxieux (scores de 3 à 30, $n = 11$) et un groupe anxieux (scores de 31 à 110, $n = 23$). On observe une différence significative dans les moyennes des deux groupes concernant les biais attentionnels avec des temps de réaction plus faibles pour le groupe anxieux ($M = -8.17, SD = 14.49$) que pour le groupe non-anxieux ($M = 5,33, SD = 13,61$), $t(33) = -2.59, p = .014$. Ces résultats signifient que les sujets du groupe anxieux ont davantage tendance à porter leur attention ailleurs que sur le visage de dégoût tandis que les sujets non-anxieux ont plutôt tendance à présenter une vigilance attentionnelle envers ce stimulus socialement négatif. Toutefois, il faut garder à l'esprit que la différence entre la moyenne des temps de réaction des essais incongruents et celle des essais congruents n'est pas significative. Les scores moyens sont proches de 0, ce qui désigne l'absence de biais d'attention sélective.

5.4.2. L'anxiété sociale et l'attachement

Suite à notre revue de la littérature, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle les scores aux attachements insécures (anxieux et évitant) sont corrélés positivement avec les scores à l'EASL.

a) Anxiété sociale et attachement anxieux

Les résultats indiquent une corrélation positive et significative de l'EAA – Dimension Anxiété avec presque toutes les échelles et sous-échelles évaluant l'anxiété sociale dans l'échantillon, à savoir l'EASL – Total ($r(34) = .51, p = .002$), l'EASL – Anxiété ($r(34) = .58, p < .001$), l'EASL – Evitement ($r(34) = .38, p = .027$) et l'EASL – Interactions sociales (Total) ($r(34) = .49, p = .004$). Dès lors, nous pouvons observer que lorsque les scores à la dimension anxiété de l'attachement (attachement anxieux) augmentent, les scores à l'anxiété sociale (niveau plus élevé d'anxiété) augmentent significativement aussi, à l'exception de la sous-échelle de la phobie sociale du QP qui ne présente pas une relation significative mais allant tout de même dans le même sens ($r(34) = .19, p = .296$).

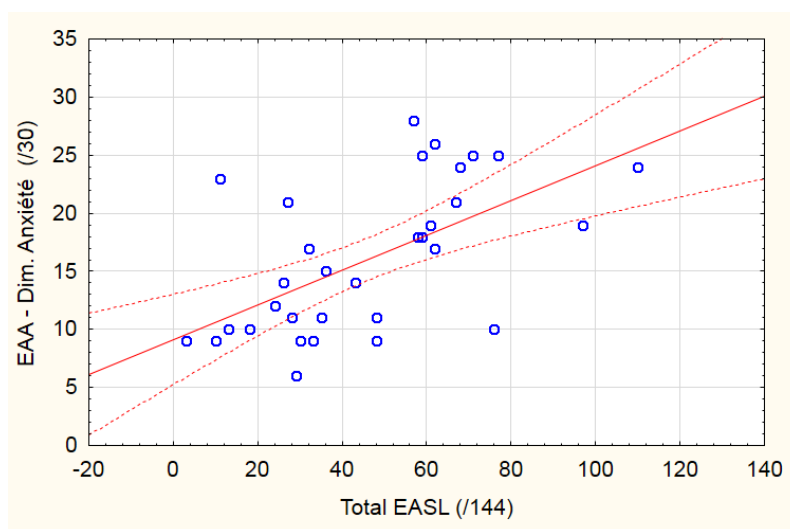


Figure 4 : Corrélation entre l'EASL Total et la EAA – Dimension Anxiété

b) Anxiété sociale et attachement évitant

Nous observons une corrélation positive mais non significative entre les scores à la EAA – Dimension Evitement et les scores d’une grande partie des échelles qui mesurent le niveau de l’anxiété sociale : EASL – Total ($r(34) = .27, p = .126$), EASL – Anxiété ($r(34) = .23, p = .196$), EASL – Evitement ($r(34) = .29, p = .107$), EASL – Interactions sociales (Total) ($r(34) = .19, p = .290$) et QP – Phobie sociale ($r(34) = .25, p = .168$). Néanmoins, nous pouvons interpréter ces résultats, bien que non significatifs, comme indiquant que les scores à la dimension de l’évitement de l’attachement (attachement évitant) tendent à augmenter conjointement avec les scores aux échelles évaluant l’anxiété sociale dans l’échantillon. C’est également le cas pour les sous-échelles EASL – Interactions sociales (Anxiété) et l’EASL – Interactions sociales (Evitement) qui montrent des corrélations positives mais non significatives (respectivement : ($r(34) = .15, p = .418$) et ($r(34) = .22, p = .218$)).

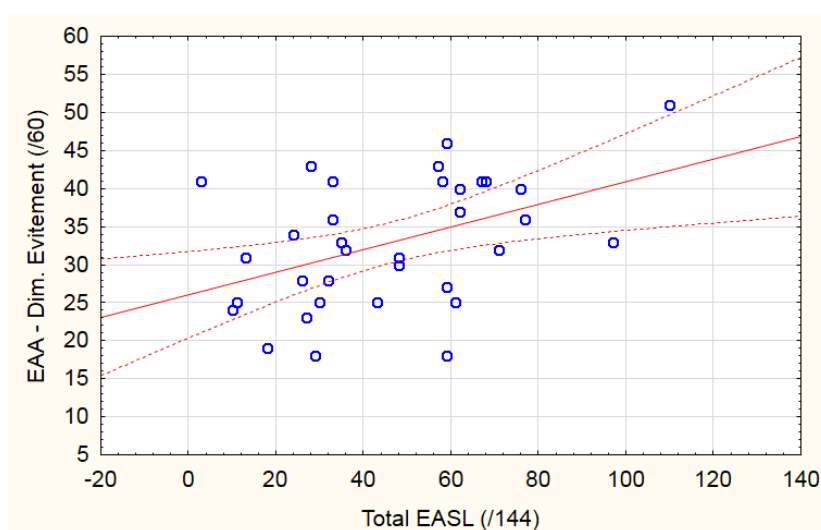


Figure 5 : Corrélation entre l’EASL Total et le EAA – Dimension Evitement

5.4.3. L’anxiété sociale et la qualité des relations interpersonnelles

a) Analyse des sous-échelles de l’EQRI

Lorsque nous analysons les moyennes des sous-échelles de l’EQRI avec un test t pour échantillons appariés, nous constatons que la moyenne des scores à la sous-échelle « Amitié » est significativement différente des deux autres échelles « Famille » et « Général ». Les scores

pour les relations amicales ($M = 12.59$, $SD = 2.48$) sont systématiquement plus élevés en comparaison avec les évaluations des relations familiales ($M = 10.09$, $SD = 3.75$), $t(33) = 3.04$, $p = .005$, et les relations en général ($M = 9.62$, $SD = 2.10$), $t(33) = 6.23$, $p < .001$. Cette différence nous révèle que les participants ont tendance à mieux évaluer la qualité de leurs relations amicales en comparaison avec leurs relations familiales et, de manière plus marquée, avec leurs relations en général.

b) Relation entre l'anxiété sociale et l'EQRI

Toutes les corrélations entre les scores aux sous-échelles de l'EQRI et celles de l'EASL sont négatives : EASL – Anxiété ($r(34) = -.20$, $p = .273$), EASL – Evitement ($r(34) = -.24$, $p = .187$), EASL – Total ($r(34) = -.23$, $p = .203$) ? EASL – Interactions sociales (Anxiété) ($r(34) = -.11$, $p = .546$), EASL – Interactions sociales (Evitement) ($r(34) = -.16$, $p = .369$), EASL – Interactions sociales (Total) ($r(34) = -.14$, $p = .436$) et QP – Phobie sociale ($r(34) = -.10$, $p = .581$). Ces relations, bien que non significatives, indiquent toutefois que si les scores à l'anxiété sociale augmentent, les notes à l'EQRI seront, quant à elles, plus basses. Cela va dans le sens de notre hypothèse, à savoir que l'anxiété sociale s'accompagne d'une dégradation dans la qualité des relations interpersonnelles.

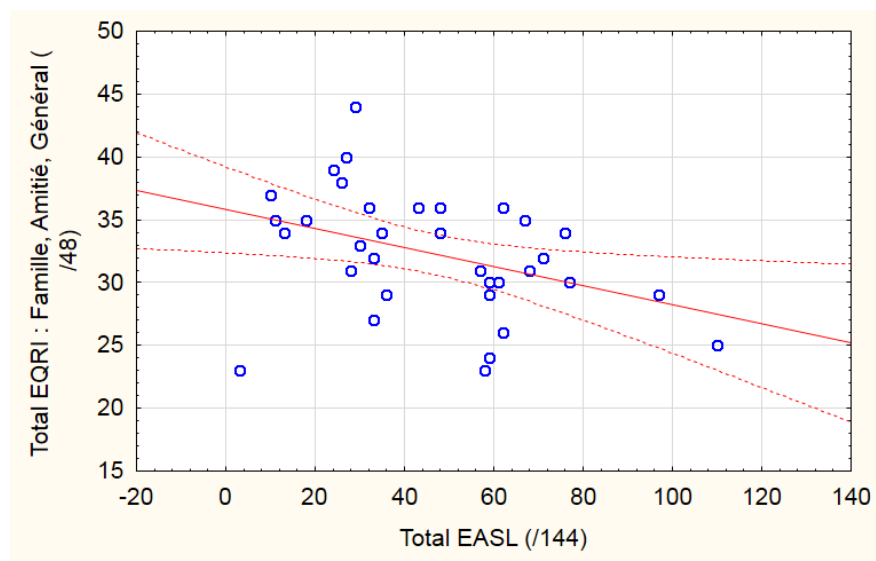


Figure 6 : Corrélation entre l'EASL Total et l'EQRI (famille, amitié et général)

5.5. Analyse des relations entre les trois facteurs liés à l'anxiété sociale

Dans le deuxième chapitre de notre partie théorique, nous avons constaté l'existence de liens entre les trois facteurs que nous avons choisis d'évaluer dans cette étude. Nous avons testé leur relation avec des analyses de corrélations de Bravais-Pearson.

Tableau 5 : *Corrélations entre les trois facteurs de risque de l'anxiété sociale*

	EAA – Dimension Anxiété	EAA – Dimension Evitement	EQRI – Total	Biais attentionnels
EAA – Dimension Anxiété	1.0000 p= ---	.3441 p=.046	-.3278 p=.058	-.0321 p=.857
EAA – Dimension Evitement	.3441 p=.046	1.0000 p= ---	-.4870 p=.003	-.1126 p=.526
EQRI – Total	-.3278 p=.058	-.4870 p=.003	1.0000 p= ---	.4748 p=.005
Biais attentionnels	-.0321 p=.857	-.1126 p=.526	.4748 p=.005	1.0000 p= ---

Nous n'avons pas pu entreprendre l'analyse de régressions multiples étant donné que certaines variables sont corrélées entre elles.

5.5.1. Les biais attentionnels et l'attachement

Précédemment, nous avons vu dans le modèle sur le fonctionnement du système de l'attachement présenté par Shaver et Mikulincer (2007) qu'il existe des biais attentionnels chez les personnes présentant un attachement insécure. Plus précisément, selon les stratégies secondaires choisies en réponse à l'activation du système d'attachement, les individus vont soit s'engager dans une hyperactivation des stratégies (attachement anxieux) soit dans une désactivation des stratégies (attachement évitant). L'hyperactivation se traduit par une hypervigilance envers les informations liées à une menace perçue ou à l'attachement. La

désactivation consiste à inhiber les émotions et à nier les informations de nature émotionnelle pour instaurer une distance avec les stimuli perçus comme menaçants (cf. Figure 3).

L'analyse des données empiriques est venue appuyer cette théorie et a mis en évidence, plus particulièrement, un lien entre le biais de vigilance envers l'information émotionnelle négative et l'attachement anxieux. Par conséquent, notre troisième hypothèse consiste à trouver une relation positive entre les scores à l'EAA – Dimension anxiété et les scores à la tâche de détection de sonde.

a) Biais attentionnels et attachement anxieux

Les résultats obtenus des corrélations nous indiquent qu'il n'y a pas de relation significative entre les scores à la tâche de détection de sonde et les notes à l'EAA - Dimension anxiété ($r(34) = -.03, p = .857$). Néanmoins, nous pouvons constater que la corrélation est négative, ce qui signifie une tendance à ce que les scores des sujets à la dimension anxiété de l'EAA en augmentant, s'accompagnent de scores plus bas pour la tâche de détection de sonde. En d'autres termes, les sujets avec des notes plus élevées pour l'attachement anxieux vont plutôt présenter un biais attentionnel allant dans le sens d'une attention dirigée ailleurs que sur les visages menaçants.

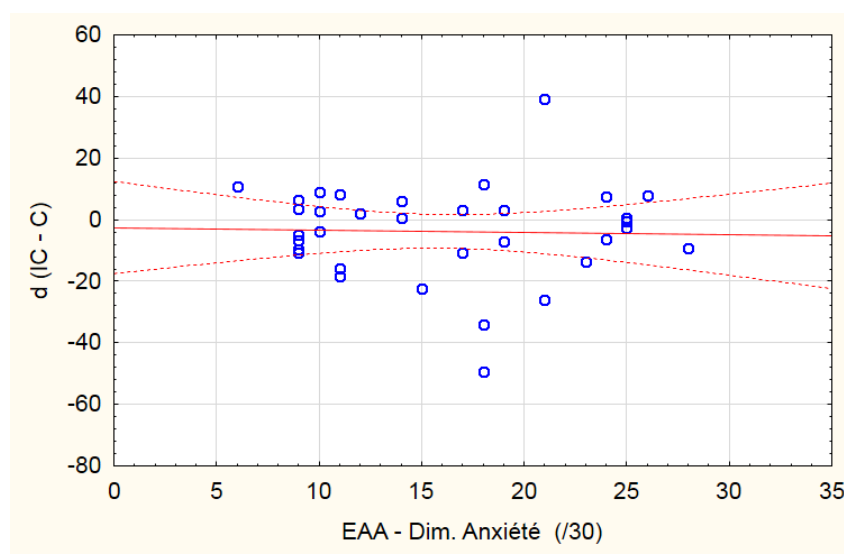


Figure 7 : Corrélation entre l'EAA – Dimension Anxiété et l'indice des biais attentionnels

b) Biais attentionnel et attachement évitant

Nous obtenons le même résultat concernant les scores à l'EAA – Dimension Evitement et ceux à la tâche de détection de sonde ($r(34) = -.11, p = .526$). Cette fois-ci, la relation, bien que non significative, est tout de même un peu plus importante que pour la dimension anxiété de l'attachement. La relation négative montre, de nouveau, que des scores plus élevés pour l'attachement évitant auront tendance à s'accompagner de notes plus faibles à la tâche de détection de sonde et donc à traduire un biais attentionnel d'évitement des stimuli menaçants.

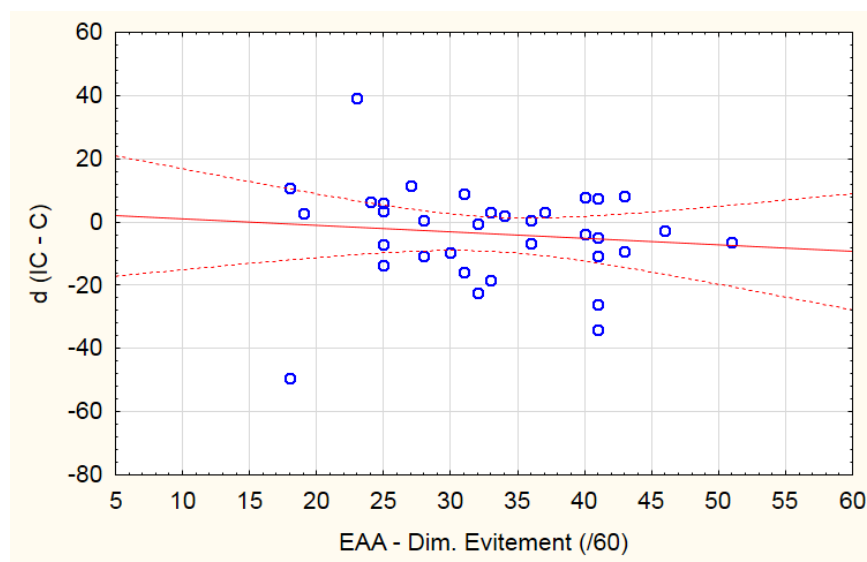


Figure 8 : Corrélation entre l'EAA – Dimension Evitement et l'indice des biais attentionnels

5.5.2. Les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles

Il y a une association significative entre les scores à la tâche de détection de sonde et ceux à l'EQRI – F.A.G. ($r(34) = .47, p = .005$). De fait, la corrélation positive exprime que les scores élevés pour la qualité des relations interpersonnelles accompagnent des scores plus élevés pour les temps de réaction. On comprend alors que les sujets avec une meilleure qualité perçue de leur relation ont plutôt un biais de vigilance envers les stimuli émotionnellement négatifs.

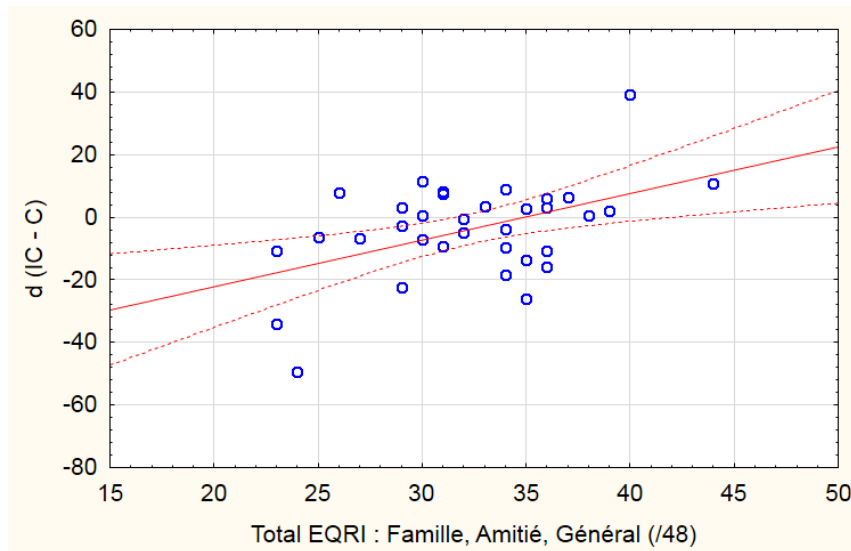


Figure 9 : Corrélation entre l'EQRI (famille, amitié, général) et l'indice de biais attentionnels

5.5.3. La qualité des relations interpersonnelles et l'attachement

a) La qualité des relations interpersonnelles et l'attachement anxieux

Suite aux analyses statistiques, on constate une corrélation négative mais non significative entre les scores à l'EQRI - Total et l'EAA – Dimension Anxiété ($r(34) = -.33, p = .058$). Ces résultats montrent que plus les notes augmentent pour la qualité des relations interpersonnelles plus les notes pour l'attachement anxieux diminuent, ce qui va dans le sens de notre quatrième hypothèse selon laquelle une bonne qualité des relations interpersonnelles s'accompagnerait d'une moindre tendance à l'attachement anxieux.

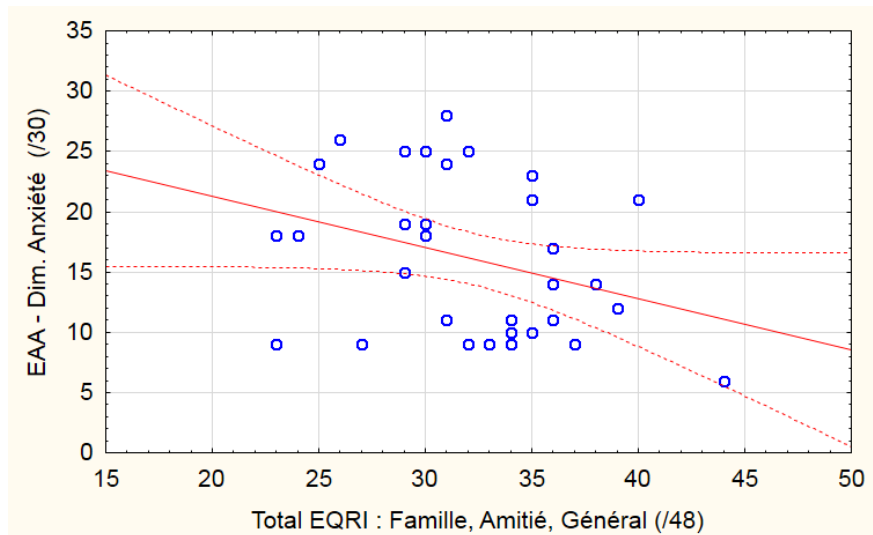


Figure 10 : Corrélation entre l’EQRI (famille, amitié, général) et l’EAA – Dimension Anxiété

b) La qualité des relations interpersonnelles et l’attachement évitant

Quant à l’EQRI – F.A.G. et l’attachement évitant, on observe une corrélation significative et de nouveau négative ($(r(34) = -.49, p = .003)$). Ainsi, plus les scores sont importants pour la qualité des relations interpersonnelles, plus ces mêmes scores seront faibles pour la dimension évitement de l’attachement.

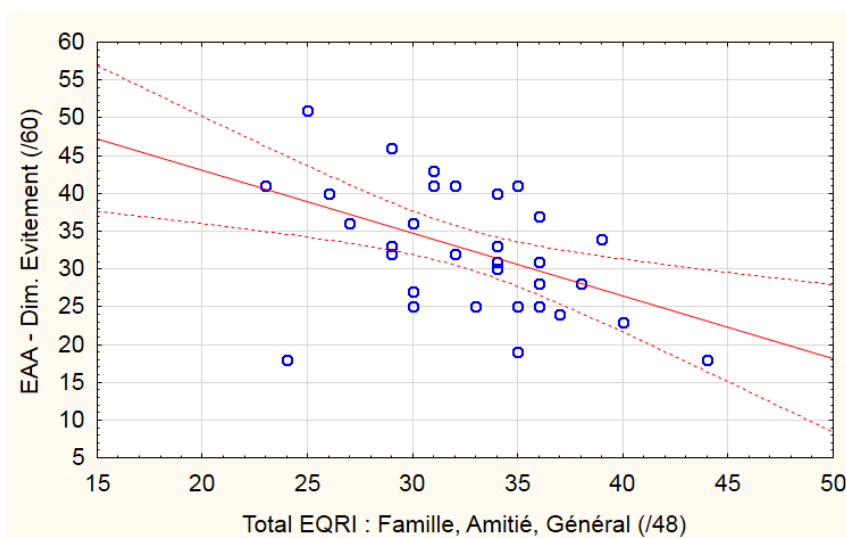


Figure 11 : Corrélation entre l’EQRI (famille, amitié, général) et l’EAA – Dimension Evitement

Chapitre 6 : Discussion

La question de recherche de notre étude porte sur les facteurs, et leurs relations réciproques, liés à la présence de l'anxiété sociale dans la population tout-venant. Pour mener à bien notre enquête, nous avons isolé trois facteurs de risque liés à ce trouble, car ils offrent des perspectives intéressantes et pertinentes quant à la compréhension du phénomène. Ainsi, nous avons ciblé deux processus psychologiques et transdiagnostiques que constituent les biais attentionnels et les difficultés interpersonnelles, mais aussi l'attachement dans la mesure où il est associé aux deux processus précédents. Nous avons posé quatre hypothèses qui ont guidé nos analyses statistiques. Ainsi, nous nous attendions à trouver :

- Une relation positive entre l'anxiété sociale et les biais attentionnels.
- Une relation positive entre l'anxiété sociale et les deux dimensions de l'attachement (anxiété et évitement). Plus précisément, une relation plus marquée entre l'anxiété sociale et l'attachement anxieux.
- Une relation positive entre l'attachement anxieux et les biais attentionnels.
- Des associations négatives entre l'anxiété sociale, les biais attentionnels, l'attachement, et la qualité des relations interpersonnelles (cette dernière hypothèse est plus délicate à poser, nous la discuterons par la suite).

Nous avons pu vérifier certaines de nos hypothèses et les résultats concordent en partie avec la littérature scientifique. Notre principal résultat est le suivant : l'attachement anxieux est corrélé significativement avec le niveau de sévérité de l'anxiété sociale. De plus, les relations touchant à la qualité des relations interpersonnelles et aux biais attentionnels, tous deux mis en lien avec l'anxiété sociale, abordent partiellement dans le même sens que nos hypothèses. Par ailleurs, les items concernant les affects dépressifs ont révélé une forte influence sur nos variables. Ces items sont en relation avec l'anxiété sociale, l'attachement et la qualité des relations interpersonnelles. Enfin, ajoutons que le facteur du genre impacte la distribution des scores à l'anxiété sociale.

Dans la suite de cette discussion, nous allons revenir en détail sur les résultats obtenus ainsi que sur la concordance de ceux-ci avec nos hypothèses et avec la littérature scientifique.

Aussi, nous exposerons les limites de cette étude et nous envisagerons diverses perspectives de recherche afin d'y remédier.

6.1. Les facteurs à prendre en considération

La présence et la sévérité des symptômes liées à l'anxiété sociale ne sont pas uniformément égales face à certains facteurs. Cette disparité se manifeste tant dans la littérature que dans notre échantillon. Elle survient au niveau du statut socio-professionnel, de la(les) personne(s) avec qui le sujet vit, de l'âge, du genre et de la comorbidité (les affects dépressifs). Il est donc nécessaire de prendre ces facteurs en considération lors de l'interprétation des données, car ils influencent la répartition de celles-ci.

6.1.1. Le statut socio-professionnel

Ayant trait à l'anxiété sociale et à l'attachement évitant, nous avons observé un effet du statut socio-professionnel. Par une analyse approfondie, nous avons établi que, seul le statut de mère au foyer atteignait des scores significativement plus élevés pour l'anxiété sociale, et ce en comparaison avec les scores des étudiants ($n = 12$) et des sujets sans-emploi ($n = 2$).

Si nous nous référons aux résultats que mettent en évidence les études scientifiques, on observe que les personnes socialement anxieuses sont plus susceptibles d'être sans emploi, et d'éprouver des difficultés dans leur travail et dans leurs études (Stein & Stein, 2008 ; Blanco et al., 2011 ; Schneier & Goldmark, 2015).

Toutefois, ce n'est pas exactement ce que nous observons dans nos résultats, mais il est important de préciser qu'un seul sujet entre dans cette catégorie et que, dès lors, on ne peut démontrer un effet du statut socio-professionnel dans notre étude. De fait, celui-ci a présenté, dans la majorité des cas, les scores les plus élevés aux échelles et sous-échelles qui évaluent l'anxiété sociale et les attachements insécures ainsi qu'un score faible concernant la qualité perçue de ses relations interpersonnelles. Dès lors, on comprend que ce sont les scores d'un seul sujet, avec un profil plus pathologique que les autres, qui expliquent cet effet. Nous pouvons néanmoins penser qu'il y a une influence de ce statut, quand bien même il faudrait l'étudier davantage.

6.1.2. Avec qui la personne vit

Lorsque l'anxiété sociale atteint un niveau élevé d'intensité et de sévérité, elle peut devenir un véritable handicap et provoquer de la souffrance chez la personne concernée. De plus, son impact négatif peut être manifeste sans pour autant que les symptômes de l'anxiété sociale ne rencontrent l'ensemble des critères diagnostiques d'un TAS. D'après les données issues des recherches empiriques, l'anxiété sociale semble toucher plus particulièrement les personnes célibataires (Blanco et al., 2011 ; Schneier & Goldmark, 2015), elle impacte de manière négative le fonctionnement de l'individu dans les domaines relationnels ainsi que l'aspect social de sa vie (Stein & Stein, 2008).

Dans notre échantillon, nous avons constaté un effet du facteur « avec qui le sujet vit » sur les scores à l'anxiété sociale. Ceci indique que le sujet vivant seul avec ses enfants présente des scores plus élevés à l'anxiété sociale que les sujets qui vivent avec leur conjoint(e) (n = 13) ou avec leur(s) parent(s) (n = 14). En approfondissant nos analyses, nous remarquons que c'est le même sujet, entré dans la catégorie « mère au foyer », qui est aussi l'unique représentant de la catégorie « vivre seul avec ses enfants ». Dès lors, il semblerait que, de nouveau, ce sujet présentant des scores particulièrement élevés (c'est relatif à la moyenne de l'échantillon) ait impacté les résultats des analyses. Par conséquent, nous ne déterminerons pas un effet de ce facteur en question sur les scores liés à l'anxiété sociale.

6.1.3. Le genre

Au sein de la littérature scientifique, une disparité du genre concernant l'anxiété sociale a principalement été mise en évidence. Ainsi, les femmes s'avèrent plus nombreuses à présenter une anxiété sociale que les hommes (Blanco et al., 2011 ; Schneier & Goldmark, 2015).

Dans notre étude, nous avons pu constater un effet du genre sur l'anxiété sociale et sur les dimensions insécures de l'attachement. Plus précisément, presque deux fois plus de femmes que d'hommes rapportent un niveau plus élevé d'anxiété sociale. L'effet est moins marqué pour les attachements insécures, mais il est néanmoins à prendre en considération. Ces résultats nous indiquent que, dans notre échantillon, les femmes ont présenté des profils plus pathologiques que les hommes concernant l'évaluation négative des situations sociales. Elles manifestent

aussi un attachement plus anxieux. Ces résultats concordent donc avec les données de la littérature scientifique.

6.1.4. L'âge

Ce facteur ne semble pas avoir d'effet sur les variables de notre étude bien que, dans la littérature scientifique, l'anxiété sociale soit considérée comme un trouble qui survient tôt dans la vie, et qui est davantage présent chez les jeunes individus (Beesdo-Baum et al., 2012 ; André, 2006 ; Beesdo et al., 2007 ; Stein & Stein, 2008).

Notre échantillon est composé d'adultes relativement jeunes dont 17 sont âgés de 18 à 25 ans et 17 autres de 26 à 36 ans. De plus, les scores à l'anxiété sociale sont principalement très faibles à modérés. Ces deux éléments pourraient expliquer la raison pour laquelle nous n'avons pu distinguer de différence dans le niveau d'anxiété sociale en fonction de l'âge.

6.1.5. Les affects dépressifs

La dépression est l'un des troubles qui se retrouve le plus souvent dans les comorbidités avec les autres troubles mentaux. De fait, la présence de symptômes dépressifs n'est pas rare au sein des troubles anxieux, et l'anxiété sociale n'en constitue pas l'exception (Beesdo-Baum et al., 2012 ; Stein et al., 2017).

Il en va de même pour l'attachement insécuré (Gillath et al., 2016). En effet, nous avons constaté, dans la littérature scientifique, que l'emploi de stratégies secondaires lorsque le système d'attachement est activé est synonyme de difficultés dans les compétences de régulations émotionnelles et de déficits dans le traitement cognitif de l'information (Mikulincer & Shaver, 2007 ; Reynaud, 2011). La régulation émotionnelle est un processus psychologique problématique que l'on peut aussi bien observer dans un tableau clinique marqué par des symptômes dépressifs que dans un tableau caractérisé par de l'anxiété sociale. A ce titre, l'attachement insécuré est considéré comme une vulnérabilité générale aux troubles mentaux, et sa symptomatologie particulière dépendra de facteurs génétiques, développementaux et environnementaux (Mikulincer & Shaver, 2012).

De ce fait, il n'est pas étonnant d'observer que les sujets présentant un niveau plus élevé d'anxiété sociale et d'attachement insécuré présentent conjointement des symptômes dépressifs. Une corrélation significative a également été mise au jour entre le BDI et les scores à l'EQRI. Elle indique que la présence de symptômes dépressifs est liée à une plus mauvaise qualité perçue des relations interpersonnelles. Toutefois, on notera que les scores au BDI sont majoritairement faibles (voire très faibles), et que peu de notes indiquent une dépression faible ou modérée.

Il faut, cependant, conserver une certaine prudence dans l'interprétation de nos données. En effet, les notes pour l'attachement et la qualité des relations interpersonnelles peuvent être influencées par la présence de symptômes dépressifs et non pas seulement par l'anxiété sociale. Ainsi, en contrôlant la variable BDI, nous avons remarqué des différences dans les résultats statistiques. Certaines des corrélations, précédemment significatives, ne l'étaient plus. Dès lors, nous pouvons avancer que la présence de symptômes dépressifs s'accompagne davantage de difficultés psychologiques (anxiété sociale), relationnelles (attachement insécuré) et d'une moins bonne perception de ses relations (qualité des relations interpersonnelles).

6.2. Interprétation des résultats

6.2.1. **L'anxiété sociale et les facteurs de risque**

La répartition des scores pour l'anxiété sociale se situe majoritairement à l'extrême gauche de la distribution, car les participants ne présentent pas de problématique marquée. Nous travaillons donc avec des scores de faibles, à légers et modérés pour l'anxiété sociale.

6.2.1.1. *L'anxiété sociale et les biais attentionnels*

Nous n'avons pas récolté suffisamment de preuve pour établir la présence de biais attentionnels chez les participants. Ces résultats ne sont guère étonnants, étant donné que notre échantillon fait partie d'une population non-clinique. Cependant, dans le but d'analyser plus en profondeur ce qui se passe au sein de l'échantillon, nous avons constitué deux groupes afin de départager les sujets non-anxieux des sujets présentant une anxiété sociale légère à modérée (nous n'avons pas de score élevé). D'après les analyses, une différence significative dans les

temps de réaction à la tâche de détection de sonde apparaît. Ainsi, les sujets non-anxieux ont plutôt un indice de biais attentionnel positif et les sujets anxieux, un indice négatif. Cette différence indique que les sujets présentant de l'anxiété sociale ont tendance à déplacer leur attention ailleurs que sur le visage de dégoût, tandis que l'on observe le phénomène contraire pour les sujets non-anxieux (vigilance attentionnelle).

Avant de poursuivre cette interprétation, il est important de préciser qu'en réalisant cette démarche nous prenons un risque de surexploitation des données de l'échantillon, car notre point de départ dans les analyses statistiques consistait à travailler avec l'échantillon au complet, et non à former des inter-groupes « sains » ou « pathologiques ». En outre, la différence entre les temps de réaction dans les moyennes des essais congruents et incongruents concernant les biais attentionnels est mince, et par conséquent non significative. Nos interprétations réclament donc une certaine prudence quant à leur élaboration.

Au premier abord, les résultats obtenus ne semblent pas concorder avec ce que nous avons pu observer dans la littérature. De fait, les modèles cognitifs du développement et du maintien du trouble de l'anxiété sociale (Clark & Wells, 1995 ; Rapee & Heimberg, 1997) ainsi que de nombreuses études scientifiques (à titre d'exemple : Bantin et al. 2016 ; Schultz & Heimberg, 2008 ; Staugaard, 2010) ont dévoilé un biais de vigilance envers l'information émotionnelle négative chez les sujets socialement anxieux. L'étude de Grafton et MacLeod (2016) a notamment retrouvé ces résultats en incluant un temps de présentation des stimuli similaire au nôtre (500 ms). Nous proposons deux explications au phénomène observé.

Premièrement, si l'on part de la perspective que notre échantillon ne présente pas de problème psychologique majeur, comme l'anxiété sociale, il est normal de retrouver une tendance des sujets sains à porter leur attention ailleurs que sur le visage menaçant (MacLeod et al, 1986). Cette capacité de diriger l'attention ailleurs que sur les stimuli négatifs reflète un bon contrôle exécutif de la part du sujet qui peut influencer le traitement automatique des stimuli (Rothbart et al., 2011). Dans cette explication, il n'y aurait pas lieu d'interpréter la différence des moyennes des temps de réaction puisque cette différence est, au final, petite avec plus d'indices de biais attentionnels négatifs (- 3.8). A ce titre, Bantin et al. (2016) ont mentionné dans leur étude que la relation entre l'anxiété sociale et les biais attentionnels est aussi fonction du niveau de la sévérité des symptômes. Dans la mesure où les sujets de notre échantillon ont présenté des scores très faibles à modérés pour l'anxiété sociale, cela peut

expliquer le fait que nous n'ayons pu mettre au jour des biais attentionnels avec la tâche de détection de sonde.

Deuxièmement, on pourrait se pencher sur les possibles failles de notre tâche de détection de sonde. En effet, nous avons vu que, dans la séquence temporelle de l'attention, différents biais attentionnels peuvent intervenir (Grafton & MacLeod, 2016). Par ailleurs, Bantin et al. (2016) précisent que les biais attentionnels dépendent du type de stimulus utilisé et de la durée d'exposition de celui-ci. A ce titre, nous pensons que le choix de montrer des visages exprimant le dégoût est la modalité la plus pertinente et la plus écologiquement valide pour notre étude (Mogg & Bradley, 2002 ; Staugaard, 2010). Cependant, le temps d'exposition des stimuli peut être discuté. Les études qui ont démontré un lien entre le biais de vigilance attentionnelle et l'anxiété sociale ont généralement utilisé un temps d'exposition de 500 ms. C'est pour cette raison que nous avons effectué le même choix. Néanmoins, un temps d'exposition plus court (300 ms, par exemple) aurait éventuellement été plus adéquat pour cibler avec plus de précision l'hypervigilance et la dissocier du désengagement de l'attention (1000 ms, par exemple). De fait, l'hypervigilance est un processus qui révèle davantage de l'ordre de l'automatique, et elle intervient plus tôt dans la séquence temporelle de l'attention (Bar-Haim et al., 2007 ; Koster et al. 2006). Néanmoins, nous souhaitons ajouter que les auteurs Leleu et al. (2014) ont précisé dans leur étude qu'une présentation supraliminale des stimuli (un temps d'exposition plus long pour évaluer les processus plus stratégiques et donc, non automatiques) n'exclut pas l'influence du traitement de l'automatique. Aussi, les modèles cognitifs comme celui de Clark et Wells (1995) et de Heimberg, Brozovich, et Rapee (2010) expliquent le maintien de l'anxiété sociale par une sensibilisation aux stimuli négatifs, son désengagement, et son évitement. En conséquence, on pourrait poser la question de savoir si notre groupe de sujets désigné « anxieux » a d'abord présenté un biais de vigilance envers le visage de dégoût avant de s'en désengager. Dès lors, nous pensons qu'il est possible qu'un temps de présentation de 500 ms se situe trop à la limite entre l'hypervigilance et le désengagement. Cependant, nous devons souligner que plusieurs études scientifiques ont mis au jour un biais de vigilance attentionnel chez les participants avec un temps de présentation similaire au nôtre.

6.2.1.2. *L'anxiété sociale et l'attachement*

Des relations positives et significatives ont systématiquement été découvertes entre la dimension anxieuse de l'attachement et l'anxiété sociale (EASL). Par contre, ce phénomène n'a pas pu être observé de manière significative concernant la dimension évitement de l'attachement. Ainsi, les résultats convergent avec les données de la littérature scientifique et avec nos hypothèses. En d'autres termes, ce sont plus spécifiquement les individus avec un attachement anxieux qui présentent des scores plus élevés aux échelles évaluant l'anxiété et l'évitement dans les situations sociales. Nous ajouterons qu'une corrélation forte est constatée concernant la dimension anxiété de l'attachement et la sous-échelle de l'EASL qui évalue l'anxiété dans les interactions sociales. Ceci traduit une relation plus marquée de l'anxiété liée à l'attachement avec l'anxiété éprouvée dans les situations interpersonnelles. Par ailleurs, ces résultats sont restés significatifs lorsque nous avons contrôlé l'influence du BDI sur les scores à l'EASL, et ils indiquent que la relation significative n'est pas influencée par des symptômes dépressifs.

Ainsi, ces résultats soutiennent notre hypothèse qui vise à établir un lien entre l'anxiété sociale et les attachements insécures puisqu'il s'agit de corrélations qui sont toutes positives, aussi bien pour la dimension anxiété que pour la dimension évitement de l'attachement. Aussi, nous pouvons vérifier notre hypothèse concernant la différence individuelle au sein des attachements insécures dans la mesure où ce sont davantage les sujets avec un attachement anxieux qui obtiennent un score élevé à l'anxiété sociale.

Et de fait, dans leur revue de la littérature sur l'attachement et l'anxiété sociale, Manning, Cunliffe, Palmier-Claus, Dickson, et Taylor (2016) ont retrouvé dans 28 des 30 études composant leur analyse, une association positive entre l'attachement insécure et l'anxiété sociale. Ils ont observé que cette association était particulièrement forte concernant l'attachement anxieux.

De plus, Mikulincer et Shaver (2007, p. 17) mentionnent que toutes les relations n'activent pas de la même manière le système d'attachement chez l'individu. En effet, la personne peut adopter des attitudes différentes selon qu'elle interagit, par exemple, avec un de ses parents ou avec un ami. En revanche, l'anxiété sociale concerne plus généralement des interactions avec des personnes moins proches (que la personne ne connaît pas bien ou avec qui elle ne se sent pas à l'aise et dont elle craint le jugement). Nous pouvons donc remarquer que

le système d'attachement peut être activé dans les mêmes situations interpersonnelles que celles qui sont anxiogènes dans le cadre de l'anxiété sociale. En d'autres termes, les deux troubles semblent partager des thèmes centraux et relationnels en commun. Ainsi, nous comprenons mieux l'association positive et significative entre le niveau de sévérité à l'anxiété sociale et le niveau élevé à la dimension de l'anxiété de l'attachement.

6.2.1.3. *L'anxiété sociale et la qualité des relations interpersonnelles*

Les auteurs Davila et Beck (2002) ont constaté que l'anxiété sociale s'accompagne généralement de difficultés dans les relations interpersonnelles. Aussi, différentes études ont établi que le trouble est associé à une diminution dans les interactions sociales et à des difficultés dans les relations amicales et amoureuses (Lochner et al., 2003 ; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000).

Les analyses statistiques de notre étude révèlent des corrélations systématiquement négatives mais non significatives entre l'anxiété sociale et la qualité des relations interpersonnelles. Même si ces résultats ne sont pas significatifs, nous pouvons affirmer que le sens de la relation est conforme à notre hypothèse, et à ce qui est suggéré dans la littérature scientifique. Ainsi, les sujets avec une anxiété sociale plus élevée évaluent de manière plus négative leurs relations interpersonnelles (familiales, amicales, et générales).

Cependant, une faiblesse de notre méthodologie réside dans le fait que nous avons sélectionné une échelle qui évalue la *qualité* des relations interpersonnelles plutôt que les *difficultés* interpersonnelles. Par conséquent, il s'avère difficile d'émettre des hypothèses solides quant à la relation entre l'anxiété sociale et les difficultés relationnelles, tout en sachant qu'une bonne qualité perçue des relations n'exclut pas des difficultés interpersonnelles.

6.2.2. Les relations entre les facteurs de risque

6.2.2.1. *Les biais attentionnels et l'attachement*

Dans la théorie de l'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007), les stratégies secondaires sont présentées comme associées aux attachements insécures. La stratégie secondaire

d'hyperactivation correspond à l'attachement anxieux tandis que la stratégie secondaire de désactivation caractérise l'attachement évitant. On ajoutera que Silva et al. (2012) expliquent que ce sont ces différences individuelles dans l'attachement qui modulent le traitement sélectif des informations ayant un potentiel d'excitation. Dès lors, le type de réaction de l'individu et sa manière de fonctionner dans les situations où son système d'attachement est activé entraînent différents biais attentionnels. Ainsi, l'attachement anxieux serait lié à une hypervigilance envers les informations menaçantes, et l'attachement évitant tendrait plutôt vers un désengagement attentionnel et un évitement de ces stimuli.

Dans notre étude, nous constatons des relations négatives mais non significatives entre les biais attentionnels et les deux dimensions de l'attachement (anxiété et évitement). Nous pouvons interpréter ces résultats à la lumière de ce que nous avons mentionné précédemment concernant les biais attentionnels. Soit nous nous en tenons au fait qu'il ne semble pas y avoir de biais attentionnels dans notre échantillon (au vu de la différence dans les indices de biais attentionnels proche de 0), et donc que les sujets avec un score plus bas aux dimensions de l'anxiété et de l'évitement de l'attachement sont caractérisés par un attachement plus sûr et équilibré. Ils ne présentent dès lors pas de biais attentionnels liés à l'emploi des stratégies secondaires de l'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007 ; Reynaud, 2011). Soit nous comprenons que les indices de biais attentionnels négatifs indiquent que les sujets avec un attachement tendant davantage vers le sûr n'ont pas de difficulté à diriger leur attention ailleurs que sur les informations menaçantes.

Néanmoins, cette dernière alternative se confronte aux données de la littérature scientifique si l'on prend en considération la relation entre les biais attentionnels et l'anxiété sociale. D'une part, MacLeod et al. (1986) indiquent que les sujets non-anxieux manifestent un indice de biais attentionnels négatif à la tâche de détection de sonde dans la mesure où ils peuvent faire preuve de flexibilité et de contrôle sur leur attention afin de diriger leur attention ailleurs que sur l'information négative. D'autre part, la théorie de l'attachement de Mikulincer et Shaver (2007), quant à elle, indique que les sujets avec un attachement évitant privilégient un désengagement et un évitement des informations qui leur sont menaçantes. En conséquence, nous sommes partagée entre deux interprétations possibles d'un indice de biais attentionnels négatif chez les sujets avec un attachement tendant davantage vers le sûr. Nous pensons que le désengagement de l'attention est présent aussi bien chez les sujets avec un attachement sûr que chez ceux avec un attachement évitant. La différence entre ces deux statuts se manifesterait

plutôt dans l'évitement des informations négatives, un comportement spécifique à l'attachement insécurité évitant. Notre tâche de détection de sonde n'évaluant pas ces différents biais attentionnels, il nous est donc difficile de favoriser une explication plus qu'une autre.

6.2.2.2. *Les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles*

Il est étonnant de constater une corrélation positive et significative entre les indices de biais attentionnels et les scores à l'échelle évaluant la qualité perçue des relations interpersonnelles. De fait, cette corrélation indique que plus les sujets ont une bonne représentation de leurs relations, plus ils ont tendance à présenter un biais attentionnel de vigilance envers les émotions négatives.

A cet égard, nous avons émis l'hypothèse que les difficultés interpersonnelles s'accompagnent de biais attentionnels, car il s'agit de deux processus que l'on retrouve fréquemment ensemble dans les troubles de l'humeur comme la dépression, et dans les troubles anxieux, comme l'anxiété sociale (Armstrong & Olatunji, 2012). Toutefois, nous l'avons mentionné précédemment, notre outil ne mesure pas explicitement les difficultés interpersonnelles chez les sujets, et nous ne pouvons tirer de conclusion hâtive concernant la signification de la qualité des relations interpersonnelles quant aux difficultés interpersonnelles des participants. Nous ajoutons, de nouveau, que la différence entre les scores à l'indice de biais attentionnel est mince. Ainsi, même si nous observons une tendance au niveau de l'attention, celle-ci reste très proche de 0 et marque une présence non significative de biais attentionnels dans l'échantillon.

6.2.2.3. *La qualité des relations interpersonnelles et l'attachement*

Fraley et al. (2006) soutiennent que l'attachement individuel s'active lorsque l'individu entre dans une situation interpersonnelle, que ce soit avec des personnes proches ou non-familiales.

Concernant les dimensions de l'attachement et la qualité des relations interpersonnelles, nous observons deux corrélations. Plus explicitement, nous avons deux relations négatives dont une significative, à savoir la dimension évitement de l'attachement. Ces découvertes indiquent

que plus les sujets évaluent positivement la qualité de leurs relations interpersonnelles, plus ils présentent un indice de biais attentionnels négatifs, c'est-à-dire un désengagement de l'attention envers le visage menaçant.

Même si nous devons rester prudente concernant l'interprétation des résultats provenant de l'EQRI, nous pouvons avancer que ces résultats concordent avec notre hypothèse ainsi qu'avec les résultats établis par les études scientifiques.

De fait, dans notre revue de la littérature sur l'attachement, il est apparu que les précédentes relations influencent les nouvelles relations tout comme celles-ci ont le pouvoir de modifier les schémas et les représentations déjà édifiés sur base des expériences relationnelles antérieures. Pour preuve, deux études longitudinales avaient mis en évidence que des relations insécures ou des difficultés relationnelles antérieures avaient une influence sur l'attachement à l'âge adulte (Zayas et al., 2011 ; Pascuzzo et al., 2013). Plus spécifiquement, Pascuzzo et ses collaborateurs (2013) ont démontré que des difficultés dans la gestion des émotions pouvaient entraîner des difficultés dans les relations interpersonnelles concernant les individus avec un attachement anxieux. Ce phénomène s'avère pertinent dans la mesure où l'attachement anxieux est associé à l'utilisation des stratégies secondaires de l'attachement, dont l'hyperactivation, ce qui traduit une gestion dysfonctionnelle des émotions (Mikulincer & Shaver, 2007 ; Reynaud, 2011).

6.3. Synthèse et réflexion

Après avoir contrôlé l'influence des symptômes dépressifs (BDI) sur les variables, les principales corrélations significatives qui ressortent de nos analyses concernent l'anxiété sociale et l'attachement anxieux. Nous n'avons pas pu établir la présence significative de biais attentionnels chez les participants, et la qualité des relations interpersonnelles s'est révélée peu corrélée avec les deux éléments en question. Pourtant, les biais attentionnels et les difficultés interpersonnelles sont des processus psychologiques aussi bien liés à l'anxiété sociale qu'à l'attachement insécure. Toutefois, Manning et al. (2016) expliquent, sur base de leur revue de la littérature, que des facteurs cognitifs et évolutifs modulent la relation entre l'anxiété sociale et l'attachement insécure. Comment pouvons-nous expliquer ces résultats ?

Dans l'approche processuelle, Nef et al. (2012) démontrent que les différents processus psychologiques sont, d'une part, transdiagnostiques et, d'autre part, qu'ils peuvent interagir entre eux dans la détermination des problèmes mentaux (Philippot, Nef, & Verhofsadt, 2010 ; Philippot, 2011). Cependant, les auteurs (Nef et al., 2012) précisent que chaque trouble présente aussi des processus différents (et pas seulement communs).

Dès lors, nous pouvons envisager la possibilité que le niveau d'anxiété sociale et d'attachement anxieux soient liés entre eux au moyen d'autres processus psychologiques qui expliqueraient également (et peut-être même davantage) l'association significative que l'on a obtenue. Nous pensons que le processus cognitif que constitue la régulation émotionnelle peut notamment rendre compte de cette relation. En effet, les scores concernant les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles ne nous ont pas permis d'établir des associations significatives avec l'anxiété sociale, et avec l'attachement anxieux. D'un côté, il nous paraît important de rappeler la possibilité qu'il s'agisse d'un défaut de nos outils pour évaluer correctement ces processus. De l'autre, nous pouvons souligner que, après avoir examiné la littérature, nous avons constaté que des difficultés dans la régulation des émotions ont été mises en évidence pour l'anxiété sociale (Farmer & Kashdan, 2012 ; Jazaieri, Morrison, Goldin, & Gross ; 2015), et l'attachement (Mikulincer & Shaver, 2007 ; Reynaud, 2011).

Dans le modèle de Mikulincer et Shaver (2007) sur le fonctionnement de l'attachement chez l'adulte, les auteurs accordent une place centrale à la régulation émotionnelle puisque celle-ci est déterminée par les M.I.O qui influencent les stratégies adoptées par le sujet lorsqu'il est confronté à une situation menaçante (pour lui). L'attachement anxieux implique des M.I.O négatifs de soi-même ce qui peut conduire à de l'anxiété sociale. De fait, ils engendrent chez l'individu la formation des attentes selon lesquelles ils vont être rejetés dans les situations sociales, et influencent dès lors l'évaluation de la menace. Les M.I.O guident aussi les tendances comportementales à éviter les rejets sociaux craints en exagérant les affects (Manning et al., 2016).

Si l'on se penche sur les recherches qui ont utilisé la neuroimagerie pour étudier l'anxiété sociale, nous constatons qu'il existe un lien étroit entre l'amygdale et le cortex préfrontal. Ces régions cérébrales sont typiquement associées avec le traitement émotionnel des stimuli, les processus cognitifs plus élaborés impliqués dans la régulation émotionnelle ainsi que la réponse comportementale aux stimuli (Detweiler et al., 2014).

On ajoutera qu'Erozkan (2009) a établi que le style d'attachement influence les relations interpersonnelles et que celles-ci peuvent prédire le niveau d'anxiété sociale chez l'individu étant donné que les personnes socialement anxieuses rapportent fréquemment rencontrer des difficultés à construire des relations interpersonnelles proches. Cette influence pourrait se comprendre par le fait que l'attachement sécurisé est censé favoriser le développement des compétences relationnelles ainsi que les compétences de régulations des émotions (Esbjorn, & al., 2012).

Par conséquent, nous pensons que les compétences de régulation des émotions devraient être prises en considération dans l'étude des interactions des facteurs de risque liés à l'anxiété sociale.

6.4. Limites et perspectives

6.4.1. Les limites

Une problématique que nous souhaitons soulever a trait au manque d'étude évaluant l'attachement dans les relations interpersonnelles. Aussi, une grande majorité de notre revue de la littérature comprend des études qui ont ciblé l'attachement dans les relations intimes. De plus, nous constatons, comme Manning et al. (2016), qu'il existe une grande hétérogénéité dans la manière dont l'attachement est conceptualisé et évalué à travers les études. En conséquence de quoi, cette problématique marque une limite dans notre démarche de confronter nos résultats avec les données scientifiques existantes. De surcroît, peu de questionnaires mesurant l'attachement interpersonnel, et sur base d'une approche dimensionnelle, sont disponibles en langue française. Ce problème vient s'ajouter au peu de moyens disponibles pour évaluer de manière entièrement valide l'attachement (étant donné que nous avons traduit l'EAA – R nous-même).

Ensuite, il nous paraît nécessaire de souligner que notre échantillon était relativement mince (N = 34). Dès lors, il est difficile, en vertu de l'influence que peut avoir un sujet avec un score anormal, d'observer des relations et des effets à la fois significatifs et pertinents. Pour cette raison, il est délicat d'étendre nos conclusions à la population générale.

En outre, comme nous l'avons mentionné précédemment, la validité de nos outils évaluant les biais attentionnels et la qualité des relations interpersonnelles peut être discutée. Ainsi, un autre temps de présentation des visages aurait peut-être été plus adéquat pour mettre en évidence un biais de vigilance envers l'information négative (si des biais attentionnels sont bien présents chez les participants). Il apparaît également que l'échelle sur la qualité des relations interpersonnelles n'était pas la plus pertinente pour évaluer les difficultés interpersonnelles chez les participants.

Pour conclure, mentionnons que les échelles sont des outils qui ne permettent pas d'évaluer une problématique dans son contexte déclencheur et réel (problème de validité écologique). Les participants complètent les questionnaires sur base de la perception et des souvenirs qu'ils ont et qu'ils conservent de leurs expériences. Par ailleurs, les items des échelles sont généralement transparents, et laissent entrevoir le but de l'évaluation. Il est donc aisé pour le participant de censurer ou modifier volontairement ses réponses pour faire apparaître un certain profil.

6.4.2. Les perspectives

A l'heure actuelle, la tendance veut que les chercheurs privilégient une perspective dimensionnelle (par exemple l'étude de Dewitte, 2007), une approche processuelle (Nef et al., 2012) et, enfin, une conceptualisation multifactorielle des troubles mentaux (qui peut réunir également les deux approches précédentes ; Spence et Rapee, 2016). Et de fait, cette dernière démarche semble proposer une structure plus pertinente afin de mieux appréhender les troubles ainsi que toute la complexité des problèmes psychologiques. Cette perspective permet également d'inclure l'ensemble de la population (tout venant et clinique) dans la vulnérabilité aux troubles mentaux et de ne pas exclure l'influence des facteurs intra-individuels et inter-individuels. Dans le cadre de cette étude, nous avons tenté d'inclure ces approches. Même si les résultats de nos analyses ne sont pas tous probants, nous continuons à penser qu'étudier les facteurs de risque de l'anxiété sociale et leurs interactions dans la population tout-venant permettra de mieux comprendre le fonctionnement du trouble, son développement ainsi que son maintien.

Par ailleurs, Manning et al. (2016) suggèrent qu'il serait pertinent et utile de cibler les processus qui ont un rôle médiateur dans la relation entre l'attachement et l'anxiété sociale. Dès

lors, nous pensons qu'il serait prometteur de poursuivre l'investigation des biais attentionnels (en utilisant éventuellement d'autres temps de présentation) mais aussi d'autres processus psychologiques telle que la régulation émotionnelle.

Enfin, il nous semble fondamental que de prochaines études ciblent davantage l'attachement dans les relations interpersonnelles. Cette démarche permettrait de parvenir à une meilleure compréhension des difficultés rencontrées dans les situations sociales chez les personnes qui manifestent de l'anxiété sociale et un attachement insécuré.

Conclusion

La présente étude porte sur l'anxiété sociale et sur les facteurs de risque instaurant une vulnérabilité au trouble et contribuant à son niveau de sévérité. Notre principal objectif visait à mettre à l'épreuve une partie du modèle sur l'étiologie de l'anxiété sociale de Spence et Rapee (2016) en introduisant une démarche explorative par les biais attentionnels dans une population d'adultes tout-venant.

Avec l'apport des analyses statistiques, nous avons constaté qu'un niveau plus élevé d'anxiété sociale s'inscrit dans un profil davantage féminin et pathologique de l'attachement et de l'humeur. Concernant les processus psychologiques étudiés, un seul lien significatif chez les participants a été établi entre la qualité de leurs relations interpersonnelles et une vigilance attentionnelle envers l'information menaçante. La raison réside, en majeure partie, dans le fait que la présence de biais attentionnels n'a pas pu être significativement démontrée dans notre échantillon, et que l'outil sélectionné (EQRI) n'a pas permis d'établir des difficultés interpersonnelles chez les sujets.

Bien que nous n'ayons pu vérifier avec exhaustivité chacune de nos hypothèses, les résultats que nous avons obtenus s'ajoutent à la littérature scientifique. En effet, nous avons été en mesure de confronter, et d'approuver partiellement les théories sur l'anxiété sociale, l'attachement, les biais attentionnels, et la qualité des relations interpersonnelles. Dès lors, l'un des points forts de notre recherche est d'avoir mis au jour des difficultés psychologiques dans un échantillon non-clinique, mais aussi d'avoir dévoilé des relations possibles entre divers facteurs de risque de l'anxiété sociale.

En guise de conclusion, nous soulignerons l'importance, voire même la nécessité, de poursuivre l'étude de l'attachement dans le cadre des relations interpersonnelles ainsi que les interactions entre les différents facteurs de risque de l'anxiété sociale comme les biais attentionnels ou les difficultés interpersonnelles. Concernant l'anxiété sociale, cette démarche permettrait d'enrichir la littérature scientifique et de s'engager dans une meilleure compréhension des difficultés psychologiques rencontrées dans la population générale.

Partie III : Bibliographie

- Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal processes in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 857-882. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.006
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(2), 189-201. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16514553>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J-D. Guelfi & M-A. Crocq, Trans.). Paris, France : Elsevier Masson. (Original work published 2013).
- Amir, N., Weber, G., Beard, C., Bomyea, J., & Taylor, C. T. (2008). The effect of a single-session attention modification program on response to a public-speaking challenge in socially anxious individuals. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(4), 860-868. doi:10.1037/a0013445
- André, C. (2006). La phobie sociale. In O., Fontaine, & P., Fontaine (Eds), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive* (pp. 265-300). Paris, France : Retz.
- Armstrong, T., & Olatunji, B. O. (2012). Eye tracking of attention in the affective disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Clinical Psychology Review, 32*(8), 704-723. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.004
- Baeyens, C. (2016). Surmonter les ruminations psychologiques. Belgique : Université de Liège. Retrieved from http://www.fapse.uliege.be/upload/docs/application/pdf/201605/conference_cplu_210416_liege_rumination.pdf
- Bantin, T., Stevens, S., Gerlach, A L., & Hermann, C. (2016). What does the facial dot-probe task tell us about attentional processes in social anxiety? A systematic review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 50*, 40-51. doi:10.1016/j.jbtep.2015.04.009
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L, Bakermans-Kranenburg, L., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin, 133*(1), 1-24. doi:10.1037/0033-2909.133.1.1

- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2007). *Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle* (2^e éd., p. 261-167 ; M. Gottschalk Trans.). Bruxelles, Belgique : De Boek.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Beck, A. T. (1972). Measuring depression: The depression inventory. In T. A. Williams, M. M. Katz & J. A. Shield (Eds.), *Recent advances in the psychobiology of the depressive illnesses* (pp. 299-302). Washington, DC: Government Printing Office.
- Beck, A. T., & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. In P. Pichot & R. Olivier-Martin (Eds.), *Psychological measurements in psychopharmacology*. Oxford, England: S. Karger. doi:10.1159/000395074
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(1), 49-58. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009043>
- Beesdo, K., Bittner, A., Pine, D. S., Stein, M. B., Hofler, M., Lieb, R., & Wittchen, H-U. (2007). Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. *Archives of General Psychiatry*, *64*(8), 903-912. doi:10.1001/archpsyc.64.8.903
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Hofler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H-U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(6), 411-425. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x
- Bishop, S. J. (2008). Neural mechanisms underlying selective attention to threat. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1129*(1), 141-152. doi:10.1196/annals.1417.016
- Black, J.J., Clark, D.B., Martin, C.S., Kim, K.H., Blaze, T.J., Creswell, K.G., & Chung, T. (2015). Course of alcohol symptoms and social anxiety disorder from adolescence to young adulthood. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *39*(6), 1008-1015. doi:10.1111/acer.12711

- Blanco, C., Xu, Y., Schneier, F. R., Okuda, M., Liu, S-M., & Heimberg, R. G. (2011). Predictors of persistence of social anxiety disorder: A national study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(12), 1557-1563. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.08.004
- Blote, A. W., Bokhorst, C. L., Miers, A. C., & Westenberg, P. (2012). Why are socially anxious adolescents rejected by peers? The role of subject-group similarity characteristics. *Journal of Research on Adolescence, 22*(1), 123-134. doi:10.1111/j.1532-7795.2011.00768.x
- Blote, A. W., Miers, A. C., Heyne, D. A., Clark, D. M., & Westenberg, P. (2014). The relation between social anxiety and audience perception: Examining Clark and Wells' (1995) model among adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*(5), 555-567. doi:10.1017/S1352465813000271
- Bögel, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 834-856. doi:10.1016/j.cpr.2005.08.001
- Bradley, B. P., Mogg, K., Falla, S. J., & Hamilton, L. R. (1998). Attentional Bias for Threatening Facial Expressions in Anxiety: Manipulation of Stimulus Duration. *Cognition and Emotion, 12*(6), 737-753. doi:10.1080/026999398379411
- Brennan, K. A., & Bosson, J. K. (1998). Attachment style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*(7), 699-714. doi:10.1177/0146167298247003
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J.A. Simpson, & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guildford Press.
- Bowlby, J. (1984). *Attachement et perte. La perte, tristesse et séparation* (vol 3). Paris : traduction française de Weil, Presses Universitaires de France, le fil rouge.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical implications of the attachment therapy*. Londres: Routledge. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/545b/983942722792c0e0c48b699aced98323d13e.pdf>

- Brozovich, F., Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 28*(6), 891-903. doi:10.1016/j.cpr.2008.01.002
- Budinger, M. C., Drazdowski, T. K., & Ginsburg, G. S. (2013). Anxiety-Promoting Parenting Behaviors: A Comparison of Anxious Parents with and without Social Anxiety Disorder. *Child Psychiatry Human Development, 44*(3), 412-418. doi:10.1007/s10578-012-0335-9
- Byrow, Y., Chen, N. T. M., & Peters, L. (2016). Time Course of Attention in Socially Anxious Individuals: Investigating the Effects of Adult Attachment Style. *Behavioral Therapy, 47*(4), 560-571. doi:10.1016/j.beth.2016.04.005
- Carr, A. (2006). *Family Therapy. Concepts, Process and Practice. Second edition*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationship with other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Clark, D. M., & Wells, A., (1995). A cognitive model of social phobia. In R.G Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope & F.R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: The Guildford Press.
- Collet, L. & Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de dépression de Beck (13 items). Etude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'Encéphale, 12*(2), 77-79.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(4), 810-832. doi:10.1037/0022-3514.71.4.810
- Collins, N. L. (1996). *Revised Adult Attachment Scale*. University of California Santa Barbara. Retrieved from https://labs.psych.ucsb.edu/collins/nancy/UCSB_Close_Relationships_Lab/Resources_files/Adult%20Attachment%20Scale.doc
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663. doi:10.1037/0022-3514.58.4.644

- Cottraux, J. (1988). Depressive cognitions of obsessive-compulsive patients: a factorial analysis of the shorter form of the beck depression inventory. In C. Perris & M. Eiseman, *Cognitive Therapy*. Umea: An update Dopuu Press.
- Cottraux, J., Boulevard, M. P., & Messy, P. (1987). Validation and factor analysis of a phobia scale. The French version of the Marks-Mathews Fear Questionnaire. *L'Encéphale*, *13*(1), 23-29.
- Davila, J., & Beck, J. G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, *33*(3), 427-446. doi:10.1016/S0005-7894(02)80037-5
- Detweiler, M. F., Comer, J. S., Crum, K. I., & Albano, A. M. (2014). Social anxiety in children and adolescents: Biological, developmental, and social considerations. In S. G., Hofmann, & P. M., DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives (3rd ed)* (pp 253-309), San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Dewitte, M., De Houwer, J., Koster, E. H. W., & Buysse, A. (2007). What's in a Name? Attachment-Related Attentional Bias. *Emotion*, *7*(3), 535-545. doi:10.1037/1528-3542.7.3.535
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorder*, *38*, 1-8. doi:10.1016/j.janxdis.2015.12.003
- Eastwick, P. W., & Finkel, E. J. (2008). Sex differences in mate preferences revisited: do people know what they initially desire in a romantic partner? *Journal of Personality and Social Psychology*, *94*(2), 245-264. doi:10.1037/0022-3514.94.2.245
- Elizabeth, J., King, N., Ollendick, T. H., Gullone, E., Tonge, B., Watson, S., & Macdermott, S. (2006). Social anxiety disorder in children and youth: A research update on aetiological factors. *Counselling Psychology Quarterly*, *19*(2), 151-163. doi:10.1080/09515070600811790
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001) Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment

- styles, social anxiety and depression. *Emotion*, 1(4), 365-380. doi:10.1037/1528-3542.1.4.365
- Erozkan, A. (2009). The relationship between attachment styles and social anxiety: An investigation with Turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37(6), 835-844. doi:10.2224/sbp.2009.37.6.835
- Esbjorn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A., & Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: Considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 129-143. doi:10.1007/s10567-011-0105-4
- Eysenk, M. W., & Derakshan, N. (2011). New perspectives in attentional control theory. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 955-960. doi:10.1016/j.paid.2010.08.019
- Farmer, A. S., & Kashdan, T. B. (2012) Social anxiety and emotion regulation in daily life: Spillover effects on positive and negative social events. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(2), 152-162. doi:10.1080/16506073.2012.666561
- Favez, N. (2010). *L'examen clinique de la famille. Modèles et instruments d'évaluation*. Wavre : Mardaga.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 453-462. doi:10.1016/j.euroneuro.2005.04.002
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154. doi:10.1037/1089-2680.4.2.132
- Fox, A. S., & Kalin, N. H. (2014). A translational neuroscience approach to understanding the development of social anxiety disorder and its pathophysiology. *The American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1162-1173. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14040449
- Fraley, R. C. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151. doi:10.1207/S15327957PSPR0602_03

- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology, 109*(5), 354-368. doi:10.1037/pspp0000027
- Fraley, R. C., Niedenthal, P. M., Marks, M., Brumbaugh, C., & Vicary, A. (2006). Adult Attachment and the Perception of Emotional Expressions: Probing the Hyperactivating Strategies Underlying Anxious Attachment. *Journal of Personality, 74*(4), 1163-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00406.x
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 350-365. doi:10.1037/0022-3514.78.2.350
- Gillath, O., Bunge, S. A., Shaver, P. R., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *NeuroImage, 28*(4), 835-847. doi:10.1016/j.neuroimage.2005.06.048
- Gillath, O., Giesbrecht, B., & Shaver, P. (2009). Attachment, attention, and cognitive control: Attachment style and performance on general attention tasks. *Journal of Experimental Social Psychology, 45*(4), 647-654. doi:10.1016/j.jesp.2009.02.011
- Gillath, O., Karantzas, G. C., & Fraley, R. C. (2016). *Adult Attachment : A Concise Introduction to Theory and Research*. Amsterdam, Netherlands: Academic Press. doi:10.1016/C2013-0-09705-8
- Goeleven, E., De Raedt, R., Leyman, L., & Verschuere, B. (2008). The Karolinska Directed Emotional Faces: A validation study. *Cognition and Emotion, 22*(6), 1094-1118. doi:10.1080/02699930701626582
- Grafton, B., & MacLeod, C. (2016). Engaging with the wrong people: The basis of selective attention to negative faces in social anxiety. *Clinical Psychological Science, 4*(5), 793-804. doi:10.1177/2167702615616344
- Grant, D., & Beck, J. (2006). Attentional biases in social anxiety and dysphoria: Does comorbidity make a difference? *Journal of Anxiety Disorders, 20*(4), 520-529. doi:10.1016/j.janxdis.2005.05.003

- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the Self and Other: Fundamental Dimensions Underlying Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430-445. doi:10.1037/0022-3514.67.3.430
- Hattingh, C. J., Ipser, J., Tromp, S. A., Syal, S., Lochner, C., Brooks, S. J., & Stein, D.J. (2013). Functional magnetic resonance imaging during emotion recognition in social anxiety disorder: An activation likelihood meta-analysis. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, 347. doi:10.3389/fnhum.2012.00347
- Hawkes, L. (2011). *La peur de l'autre : Surmonter l'anxiété sociale*. Paris, France : Eyrolles.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Heeren, A. (2016). Biais attentionnels et psychopathologie : de la recherche fondamentale à la recherche-développement en technologies thérapeutiques. In J-L. Monestès & C. Baeyens (Eds.), *L'approche transdiagnostique en psychothérapie* (pp. 147-166). Paris, France : Dunod.
- Heeren, A., Ceschi, G., & Philippot, P. (2012). Biais attentionnels et troubles émotionnels : De l'évaluation au changement Clinique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17(3), 24-41. Retrieved from <http://hdl.handle.net/2078.1/156087>
- Heeren, A., De Raedt, R., Koster, E. H. W., & Philippot, P. (2013). The (neuro)cognitive mechanisms behind attention bias modification in anxiety: Proposals based on theoretical accounts of attentional bias. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 119. doi:10.3389/fnhum.2013.00119
- Heeren, A., Maurage, P., Rossignol, M., Vanhealen, M., Peschard, V., Eeckhout, C., & Philippot, P. (2012). Self-Report Version of the Liebowitz Social Anxiety Scale: Psychometric Properties of the French Version. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(2), 99-107.
- Heimberg, R.G, Brozovich, F.A., & Rapee, R.M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G., Hofmann & P. M., DiBartolo

- (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives: second edition* (pp. 395-422). New-York: Academic Press.
- Henderson, L., Gilbert, P., & Zimbardo, P. (2014). Shyness, Social Anxiety, and Social Phobia. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives: Third Edition* (pp. 95-115). Elsevier.
- Hodson, K.J., McManus, F. V., Clark, D. M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) cognitive model of social phobia be applied to young people. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*(4), 449-461. doi:10.1017/S1352465808004487
- Jazaieri, H., Morrison, A. S., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2015). The Role of Emotion and Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *17*(1), 531. doi:10.1007/s11920-014-0531-3
- Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N., & Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, *55*(6), 2212-2225. doi:10.2307/1129793
- Karantzas, G., Feeney, J. A., & Wilkinson, R. B. (2010). Is less more? Confirmatory factor analysis of the Attachment Style Questionnaires. *Journal of Social and Personal Relationships*, *27*(6), 749. doi:10.1177/0265407510373756
- Kashdan, T. B., & Farmer, A. S. (2014). Differentiating Emotions Across Contexts: Comparing Adults With and Without Social Anxiety Disorder Using Random, Social Interaction, and Daily Experience Sampling. *Emotion*, *14*(3), 629-638. doi:10.1037/a0035796
- Kinderman, P. (2009). Understanding and addressing psychological and social problems: The mediating psychological processes model. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(5), 464-470. doi:10.1177/0020764008097757
- Klumpp, H., & Amir, N. (2009). Examination of vigilance and disengagement of threat in social anxiety with a probe detection task. *Anxiety, Stress & Coping*, *22*(3), 283-296. doi:10.1080/10615800802449602
- Kobak, R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, S. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, *64*(1), 231-245. doi:10.1111/j.1467-8624.1993.tb02906.x

- Koster, E. H., Crombez, G., Verschuere, B., Van Damme, S., & Wiersema, J. R. (Components of attentional bias to threat in high trait anxiety: Facilitated engagement, impaired disengagement, and attentional avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 1757-1771. doi:10.1016/j.brat.2005.12.011
- Kuckertz, J. M., & Amir, N. (2014). Cognitive Biases in Social Anxiety Disorder. In S. G., Hofmann, & P. M., DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives: Third Edition* (pp. 483-510). Elsevier.
- Leleu, V., Douilliez, C., & Rusinek, S. (2014). Etude du biais d'attention sélective envers les stimuli menaçants et sécurisants dans l'anxiété-trait : considération du décours temporel. *Canadian Journal of Experimental Psychology*, 68(1), 29-37. doi:10.1037/cep0000006
- Lempérière, T., Lépine, J.P., Rouillon, F., Hardy, P., Ades, J, Luaute, J.P., & Ferrand, I. (1984). Comparaison de différents instruments d'évaluation de la dépression à l'occasion d'une étude sur l'Athymil 30 mg. *Annales médico-psychologiques*, 142, 1206-1212.
- Lewis-Morrarty, E., Degnan, K. A., Chronis-Tuscano, A., Rubin, K. H., Cheah, C. S. L., Pine, D. S., Henderon, H. A., & Fox, N. A. (2012). Maternal over-control moderates the association between early childhood behavioral inhibition and adolescent social anxiety symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1363-1373. doi:10.1007/s10802-012-9663-2
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive–compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, 36(5), 255–262. doi:10.1159/000073451
- Lundqvist, D., Flykt, A., Öhman, A. (1998). The Karolinska Directed Emotional Faces—KDEF (CD ROM). Stockholm: Karolinska Institute, Department of Clinical Neuroscience, Psychology Section.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional Bias in Emotional Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15-20. doi:10.1037/0021-843X.95.1.15

- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G., & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 107-123. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11866165>
- Manning, R. P. C., Cunliffe, A., Palmier-Claus, J., Dickson, J., & Taylor, P. J. (2016). Adult attachment and social anxiety: A systematic review of adult attachment and social anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *211*, 44-59. doi:10.1016/j.jad.2016.12.020
- Marc, E., Picard, D. (2015). *Relations et communications interpersonnelles* (3eme édition). Paris, France : Dunod.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Case histories and shorter communication: Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour, Research and Therapy*, *17*(3), 263-267. doi:10.1016/0005-7967(79)90041-X
- Mathews, A., and Mackintosh, B. (1998). A cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*. *22*(6), 539–560. Retrieved from <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023%2FA%3A1018738019346.pdf>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*, 167–195. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- McNeil, D. W., & Randall, C. L. (2014). Conceptualizing and Describing Social Anxiety and Its Disorders. In S. G., Hofmann, & P. M., DiBartolo (Eds.), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives: Third Edition* (pp. 3-26). Elsevier.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(6), 661-673. doi:10.1016/S0887-6185(02)00134-2
- Michel, G., & Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement : Du normal au pathologique*. Paris, France : Dunod.

- Miers, A. C., Blote, A. W., de Rooij, M., Bokhorst, C. L., & Westenberg, P. M. (2013). Trajectories of social anxiety during adolescence and relations with cognition, social competence, and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(1), 97-110. doi:10.1007/s10802-012-9651-6
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, *11*(1), 11-15. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3266769/pdf/wpa010011.pdf>
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive-motivational analysis of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(9), 809-848. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9701859>
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(12), 1403-1414. doi:10.1016/S0005-7967(02)00017-7
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2004). Time course of attentional bias for threat scenes: Testing the vigilance-avoidance hypothesis. *Cognition and Emotion*, *18*(5), 689-700. doi:10.1080/02699930341000158
- Mogg, K., Millar, N., & Bradley, B. P. (2000). Biases in eye movements to threatening facial expressions in generalized anxiety disorder and depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*(4), 695-704. doi:10.1037/0021-843X.109.4.695
- Mogg, K., Philippot, P., & Bradley, B. P. (2004). Selective attention to angry faces in clinical social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, *113*(1), 160-165. doi:10.1037/0021-843X.113.1.160
- Musa, C., Lépine, J. P., Clark, D. M., Mansell, W., & Ehlers, A. (2003). Selective attention in social phobia and the moderating effect of concurrent depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(9), 1043-54. doi:10.1016/S0005-7967(02)00212-7

- Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Cognitive et Comportementale*, 17, 4-23. Retrieved from <http://hdl.handle.net/1854/LU-2958662>
- Oakman, J., Van Amerigen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). A confirmatory factor analysis of a self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 149–161. doi:10.1002/jclp.10124
- Öhman, A. (1986). Face the beast and fear the face: Animal and social fears as prototypes for evolutionary analyses of emotion. *Psychophysiology*, 23(2), 123–145. doi:10.1111/j.1469-8986.1986.tb00608.x
- Ollendick, T., & Benoit, H. (2012). A Parent–Child Interactional Model of Social Anxiety Disorder in Youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 81-91. doi:10.1007/s10567-011-0108-1
- Ollendick, T. H., & Horsch, L. M. (2007). Fears in children and adolescents: Relations with child anxiety sensitivity, maternal overprotection, and maternal phobic anxiety. *Behavior Therapy*, 38, 402–411.
- Pascuzzo, K., Cyr, C., & Moss, E. (2013). Longitudinal association between adolescent attachment, adult romantic attachment, and emotion regulation strategies. *Attachment & Human Development*, 15(1), 83-103. doi:10.1080/14616734.2013.745713
- Peckham, A. D., McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1135-1142. doi:10.1002/da.20755
- Pierrehumbert, B. (2000). Histoire à compléter : La contribution du père et de la mère dans l'histoire de l'enfant. In O. Halfon, F. Ansermet, & B. Pierrehumbert (Eds), *Filiations Psychiques* (pp. 279-295). Paris : Presses Universitaires de France.
- Pishyar, R., Harris, L. M., & Menzies, R. G. (2004). Attentional bias for words and faces in social anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping : An international Journal* 17(1), 23-36. doi:10.1080/10615800310001601458

- Philippot, P. (2011). *Emotion et psychothérapie (seconde édition)*. Wavre : Mardaga.
- Philippot, P., Nef, F., & Verhofstadt, L. (2010) *Extension du modèle de Kinderman dans une perspective de conception de cas processuelle*. Poster présenté à la journée scientifique du GERCO, Strasbourg.
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *162*(6), 1171-1178. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1171
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: Prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, *52*(10), 947-957. doi:10.1016/S0006-3223(02)01572-X
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(8), 741-756. doi:10.1016/S0005-7967(97)00022-3
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, *24*(7), 737-767. doi:10.1016/j.cpr.2004.06.004
- Reynaud, M. (2011). *Le modèle de l'attachement adulte dans la perturbation de la régulation émotionnelle et des liens affectifs des femmes hospitalisées souffrant de dépression*. (Doctoral dissertation). Université de Bourgogne, Bourgogne. NNT:2011DIJOL019
- Reynolds, W. M., & Gould, J. W. (1981). A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(2), 306-307. doi:10.1037/0022-006X.49.2.306
- Rothbart, M. K., Sheese, B. E., Rueda, M. R., & Posner, M. I. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Emotion Review*, *3*(2), 207-213. doi:10.1177/1754073910387943
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, *38*(1), 15–28. doi:10.1017/S0033291707001699

- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(3), 253-270. doi:10.1016/S0887-6185(99)00003-1
- Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(7), 650-656. doi:10.1016/j.janxdis.2014.07.002
- Schneider-Hassloff, H., Straube, B., Nuscheler, B., Wemken, G., & Kircher, T. (2015). Adult attachment style modulates responses in mentalizing task. *Neuroscience, 303*, 462-473. doi:10.1016/j.neuroscience.2015.06.062
- Schneier, F., & Goldmark, J. (2015). Social Anxiety Disorder. In D. J., Stein, & B., Vythilingum (Eds.), *Anxiety Disorders and Gender* (pp. 49–67). Springer.
- Schneider, W., & Shiffrin, R. M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection, search, and attention. *Psychological Review, 84*(1), 1-66. doi:10.1037/0033-295X.84.1.1
- Schreiber, F., & Steil, R. (2013). Haunting self-images ? The role of negative self-images in adolescent social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*(2), 158-164. doi:10.1016/j.jbtep.2012.10.003
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1206-1221. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.003
- Scott, S. & Robertson, M. (2003). *Interpersonal Psychotherapy. A Clinician's Guide*. Arnold.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy, 33*(1), 225-239. doi:10.1016/0005-7967(94)E0011-7
- Senécal, C. B., Vallerand, R. J., & Vallières, E. F. (1992). Construction et validation de l'Echelle de la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI). *Revue européenne de Psychologie Appliquée, 42*(4), 315-322.

- Silva, C., Soares, I., & Esteves, F. (2012). Attachment insecurities and strategies for regulation: when emotion triggers attention. *Scandinavian Journal of Psychology*, *53*(1), 9-16. doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00924.x
- Spence, S. H., & Rapee, R. M. (2016). The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. *Behaviour Research and Therapy*, *86*, 50-67. doi:10.1016/j.brat.2016.06.007
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. Hartup, & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp.57-71). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Staugaard, S. (2010). Threatening faces and social anxiety: A literature review. *Clinical Psychology Review*, *30*(6), 669-690. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.001
- Stein, D. J., Lim, C. C. W., Roest, A. M., de Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., He, Y., Hinkov, H., Horiguchi, I., Hu, C., Karam, A., Karam, E. G., Lee, S., Lepine, J-P, Navarro-Villa, J., ten Have, M., Torres, Y., Viana, M. C., Wojtyniak, B., Xavier, M., Kessler, R.C., & Scott, K. M. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, *15*(1), 143. doi:10.1186/s12916-017-0889-2
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet*, *371*(9618), 1115-1125. doi:10.1016/S0140-6736(08)60488-2
- Van Emmichoven, I.A.Z, van IJzendoorn, M. H., de Ruiter, C., & Brosschot, J. F.(2003). Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development and Psychopathology*, *15*, 219-237. doi:10.1017.S0954579403000129
- Verduin, T. L., & Kendall, P. C. (2008). Peer perceptions and liking of children with anxiety disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*(4), 459-469. doi:10.1007/s10802-007-9192-6

- Vrticka, P., Bondolfi, G., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2012). The neural substrates of social emotion perception and regulation are modulated by adult attachment style. *Social Neuroscience*, 7(5), 473–493. doi:10.1080/17470919.2011.647410
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15(1), 46–58. doi:10.1016/S0924-9338(00)00211-X
- White, L. K., McDermott, J. M., Degnan, K. A., Henderson, H. A., & Fox, N. A. (2011). Behavioral inhibition and anxiety: The moderating roles of inhibitory control and attention shifting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(5), 735-747. doi:10.1007/s10802-011-9490-x
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of Life Impairments among Adults with Social Phobia: The Impact of Subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 50-57. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.012
- Yao, S-N., Note, I., Fanget, F., Albuissou, E., Bouvard, M., Jalenques, I., & Cottraux, J. (1999). L'anxiété sociale chez les phobiques sociaux : Validation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz (version Française). *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 25(5), 429-435.
- Zayas, V., Mischel, W., Shoda, Y., & Aber, J. (2011). Roots of Adult Attachment. *Social Psychological and Personality Science*, 2(3), 289-297. doi:10.1177/1948550610389822

Partie IV : Annexes

Annexe 1 : Questionnaire des données sociodémographiques

Questionnaire de récolte de données d'anamnèse

Jour, heure et date :

Voici une série de questions qui me permettront d'apprendre à mieux vous connaître.

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Vous avez : Ans

Vous êtes d'origine.....

<p>Quel est votre statut socio-professionnel ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Étudiant(e)<input type="radio"/> Ouvrier(ière)<input type="radio"/> Employé(e)<input type="radio"/> Cadre<input type="radio"/> Indépendant(e)<input type="radio"/> Mère/Père au foyer<input type="radio"/> Sans emploi<input type="radio"/> Retraité(e) <p>Pourriez-vous préciser votre fonction ?</p> <p>.....</p>	<p>Actuellement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Actif à temps plein<input type="radio"/> Actif à temps partiel<input type="radio"/> En pause-carrière<input type="radio"/> En arrêt-maladie ; Si oui : depuis quand ?<input type="radio"/> En incapacité de travail ; Si oui : pour quel motif ?<input type="radio"/> Actif à temps partiel et/ou temps plein combiné à des études en horaire décalé <p>Précision si nécessaire</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Autre :</p>
---	---

Quel est votre état civil ?

- Célibataire
- Marié(e)
- Cohabitant légal
- Veuf

Etes-vous en couple ?

- Oui
- Non

Avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

└ Si oui, combien ?

Cochez les années scolaires que vous avez terminées :

<input type="checkbox"/> 1ere primaire <input type="checkbox"/> 2eme primaire <input type="checkbox"/> 3eme primaire <input type="checkbox"/> 4eme primaire <input type="checkbox"/> 5eme primaire <input type="checkbox"/> 6eme primaire	<input type="checkbox"/> 1ere secondaire <input type="checkbox"/> 2eme secondaire <input type="checkbox"/> 3eme secondaire <input type="checkbox"/> 4eme secondaire <input type="checkbox"/> 5eme secondaire <input type="checkbox"/> 6eme secondaire Entourez : <input type="checkbox"/> Général <input type="checkbox"/> Technique transition <input type="checkbox"/> technique qualification <input type="checkbox"/> Professionnel <input type="checkbox"/> Artistique	Haute école <input type="checkbox"/> 1ere année <input type="checkbox"/> 2eme année <input type="checkbox"/> 3eme année Précisez ? Domaine ? Autre ?	Université <input type="checkbox"/> 1ere année <input type="checkbox"/> 2eme année <input type="checkbox"/> 3eme année <input type="checkbox"/> 4eme année <input type="checkbox"/> 5eme année Post-universitaire <input type="checkbox"/> 1ere année <input type="checkbox"/> 2eme année <input type="checkbox"/> 3eme année <input type="checkbox"/> 4eme année <input type="checkbox"/> 5eme année Précisez :
--	---	---	--

Avec qui vivez-vous ?

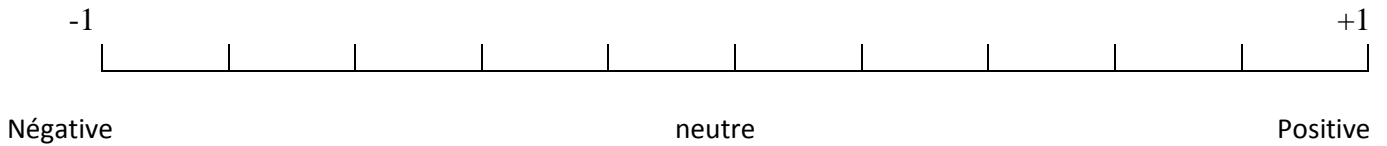
- Conjoint(e)
- Enfant(s)
- Frère(s)/Sœur(s)
- Parent(s)
- Autre(s) membre(s) de la famille
- Ami(e)(s)
- Autre(s) :

Annexe 2 : Echelle Visuelle Analogique (EVA)

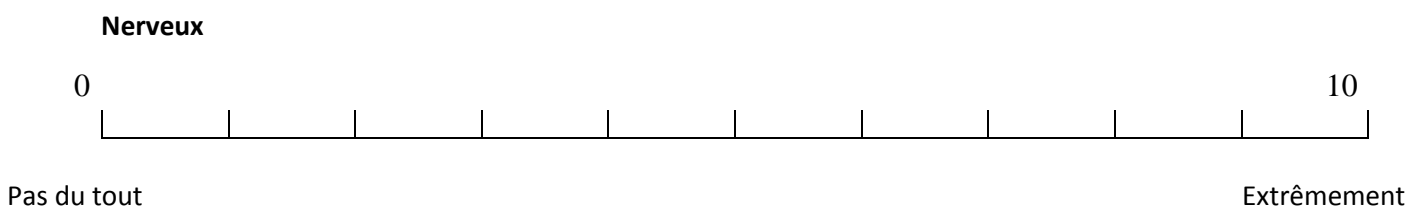
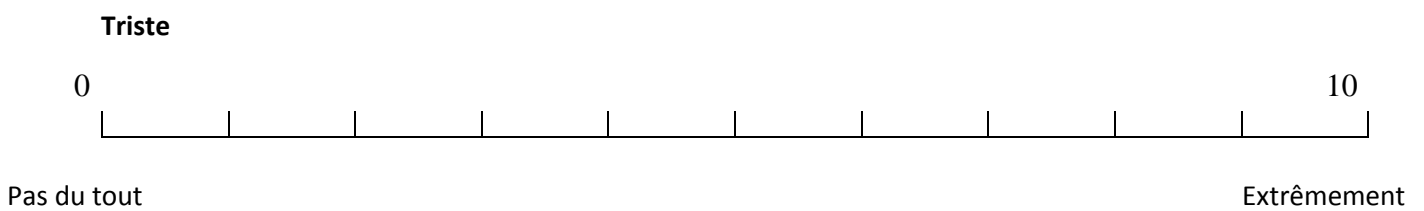
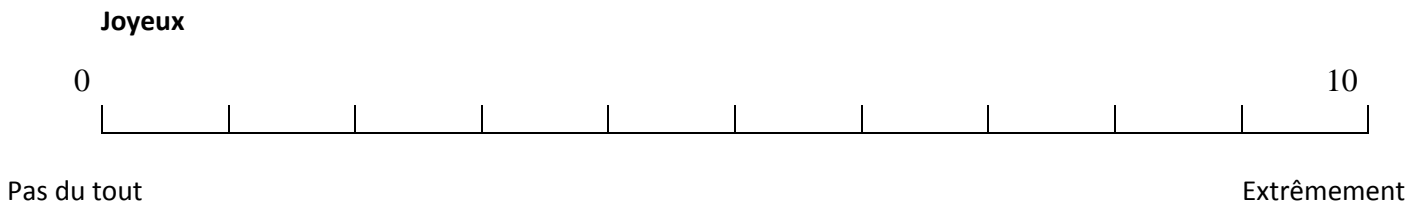
Humeur actuelle :

Veuillez indiquer à l'aide d'une croix comment vous vous sentez en ce moment :

- **En ce moment, votre humeur est (mettre une croix sur la ligne) :**



- **En ce moment, par rapport à la joie, la tristesse et la nervosité, vous vous sentez (mettre une croix) :**



Annexe 4 : Echelle d'Anxiété Sociale de Liebowitz (EASL)

Echelle de l'anxiété dans les situations sociales (EASL)

Évaluez chaque situation au cours de la dernière semaine, incluant aujourd'hui. Si la situation ne s'est pas présentée, évaluez votre réaction comme si elle était survenue. Pour chaque situation, évaluez à la fois le degré moyen de peur ou d'anxiété, et la fréquence à laquelle elle a ou aurait été évitée.

	Peur ou anxiété 0 = aucune 1 = légère 2 = modérée 3 = sévère	Évitement 0 = jamais 1 = à l'occasion 2 = souvent 3 = très souvent
1. utiliser un téléphone en public		
2. participer à des activités en petits groupes		
3. manger en public		
4. boire en public		
5. parler à quelqu'un en position d'autorité		
6. jouer au théâtre, effectuer une performance, ou parler devant un auditoire		
7. aller à un «party»		
8. travailler alors que vous êtes observé(e)		
9. écrire alors que vous êtes observé(e)		
10. téléphoner à une personne que vous ne connaissez pas très bien		
11. parler en face à face avec quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
12. rencontrer des étrangers		
13. uriner dans une toilette publique		
14. entrer dans une pièce où d'autres personnes sont déjà assises		
15. être le centre d'attention		
16. parler à une réunion sans préparation		
17. passer un test d'habiletés ou de connaissances		
18. exprimer son désagrément ou son désaccord à quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
19. regarder droit dans les yeux quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien		
20. effectuer une présentation orale préparée à l'avance à un groupe		
21. essayer de rencontrer quelqu'un dans le but d'avoir une relation romantique ou sexuelle		
22. ramener un article au magasin pour obtenir un remboursement		
23. donner une réception («party»)		
24. résister à un vendeur très insistant		

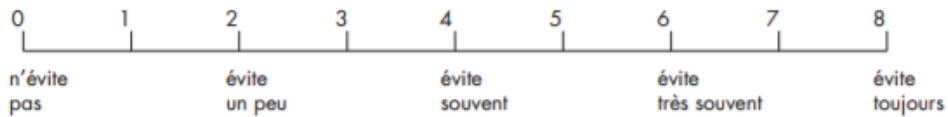
Annexe 5 : Questionnaire des peurs (QP)

Questionnaire des peurs (Marks et Matthews)

Date :/...../.....

Nom : Prénom : Sexe : Âge :

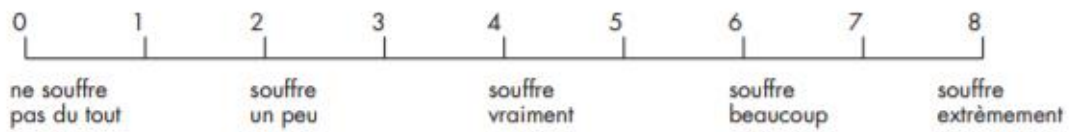
1) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensation ou sentiments désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation.



1. Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez-la à votre façon, puis cotez-la de 0 à 8).			
2. Injections et interventions chirurgicales minimales.			
3. Manger et boire avec les autres.			
4. Aller dans les hôpitaux.			
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en car.			
6. Se promener seul(e) dans des rues où il y a foule.			
7. Être regardé(e) ou dévisagé(e).			
8. Aller dans des magasins remplis de monde.			
9. Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité.			
10. Voir du sang.			
11. Être critiqué(e).			
12. Partir seul(e) loin de chez vous.			
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade.			
14. Parler ou agir en public.			
15. Les grands espaces vides.			
16. Aller chez le dentiste.			
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez-la, puis cotez-la de 0 à 8).			

AG	SA-B	SOC	Total

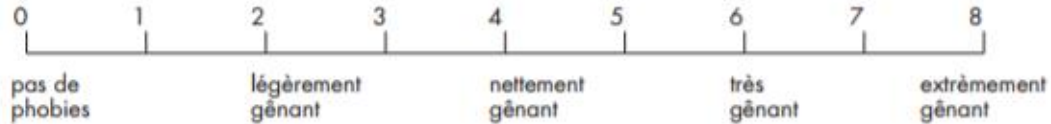
2) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.



18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé.	
19. Sentiment d'être irritable ou en colère.	
20. Se sentir tendu ou paniqué	
21. Avoir l'esprit tendu ou paniqué.	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étrangers	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez-les):	

Total

3) À combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case:



Score de gêne

Le Questionnaire sur le Style Relationnel chez l'Adulte

Les questions suivantes concernent comment vous vous sentez, en général, dans les relations proches de votre vie. Pensez à vos relations passées et présentes avec les personnes qui ont été spécialement importantes pour vous, comme les membres de votre famille, les partenaires romantiques, et les amis proches. Répondez à chaque item selon la façon dont vous vous sentez dans ces relations.

Utilisez l'échelle ci-dessous en plaçant un chiffre entre 1 et 5 dans l'espace prévu à droite de chaque item.

1-----2-----3-----4-----5
Pas du tout **Très**
caractéristique **caractéristique**
de moi **de moi**

- 1) Je trouve que c'est relativement facile d'être proche des gens. _____
- 2) Je trouve que c'est difficile de me permettre de compter sur les autres. _____
- 3) Je m'inquiète souvent que les autres ne m'aiment pas vraiment. _____
- 4) Je trouve que les autres sont réticents à être aussi proches que je le voudrais. _____
- 5) Ça ne me dérange pas de compter sur les autres. _____
- 6) Je ne m'inquiète pas du fait que les autres deviennent trop proches de moi. _____
- 7) Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin d'eux. _____
- 8) Je suis quelque part mal à l'aise en étant proche des autres. _____
- 9) Je m'inquiète souvent que d'autres personnes ne voudront pas rester avec moi. _____
- 10) Quand je montre mes sentiments aux autres, j'ai peur qu'ils ne ressentiront pas la même chose à mon sujet. _____
- 11) Je me demande souvent si les autres personnes se soucient vraiment de moi. _____
- 12) Je suis à l'aise avec le fait de développer des relations proches avec les autres. _____
- 13) Je suis mal à l'aise quand quelqu'un devient émotionnellement trop proche de moi. _____
- 14) Je sais que les gens seront là quand j'aurai besoin d'eux. _____
- 15) Je veux être proche des gens, mais j'ai peur d'être blessé. _____
- 16) Je trouve que c'est difficile de faire complètement confiance aux autres. _____
- 17) Les gens veulent souvent que je sois plus proche émotionnellement que ce que je me sentirais à l'aise d'être. _____

18) Je ne suis pas sûr(e) que je puisse toujours compter sur les autres pour être là
quand j'ai besoin d'eux.

Annexe 7 : Echelle sur la Qualité des Relations Interpersonnelles (EQRI)

MES RELATIONS INTERPERSONNELLES

Veillez indiquer la qualité de chacune des relations que vous avez PRÉSENTEMENT avec les personnes de votre entourage.

Pas du tout 0	Un peu 1	Moderément 2	Besucoup 3	Extrêmement 4
------------------	-------------	-----------------	---------------	------------------

1. Présentement mes relations avec ma famille . . .

(si présentement vous n'avez pas de relations avec votre famille, passez à la question 2)

... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

2. Présentement ma relation amoureuse . . .

(si présentement vous n'avez pas de relation amoureuse, passez à la question 3)

... est harmonieuse	0	1	2	3	4
... est valorisante	0	1	2	3	4
... est satisfaisante	0	1	2	3	4
... m'amène à lui faire confiance	0	1	2	3	4

3. Présentement mes relations avec mes ami(e)s . . .

(si présentement vous n'avez pas de relations avec vos ami(e)s, passez à la question 4)

... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

4. Présentement mes relations avec mes confrères et consoeurs de classe . . .

(si présentement vous n'avez pas de relations avec les autres étudiant(e)s, passez à la question 5)

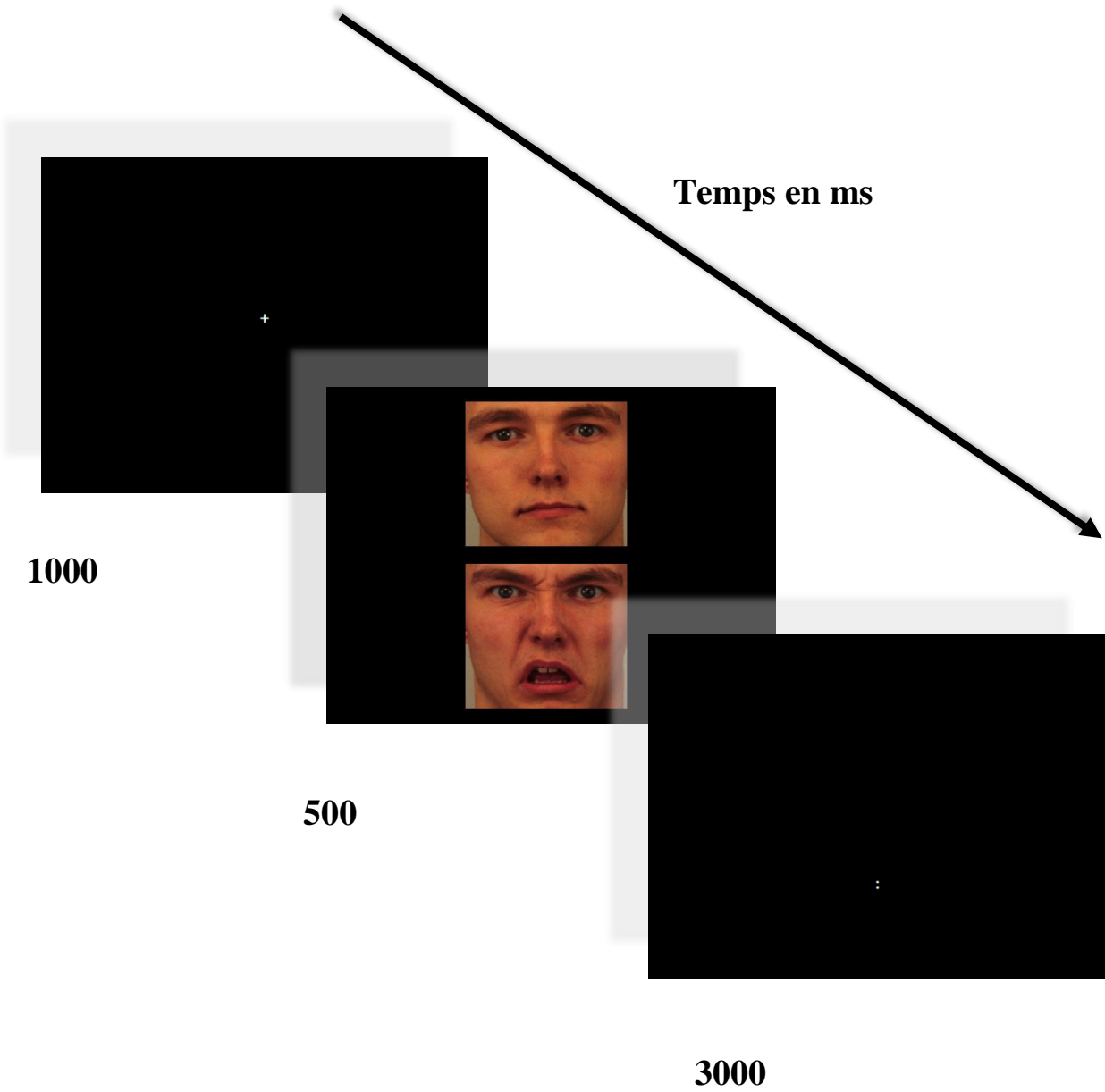
... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

5. Présentement mes relations avec les gens en général . . .

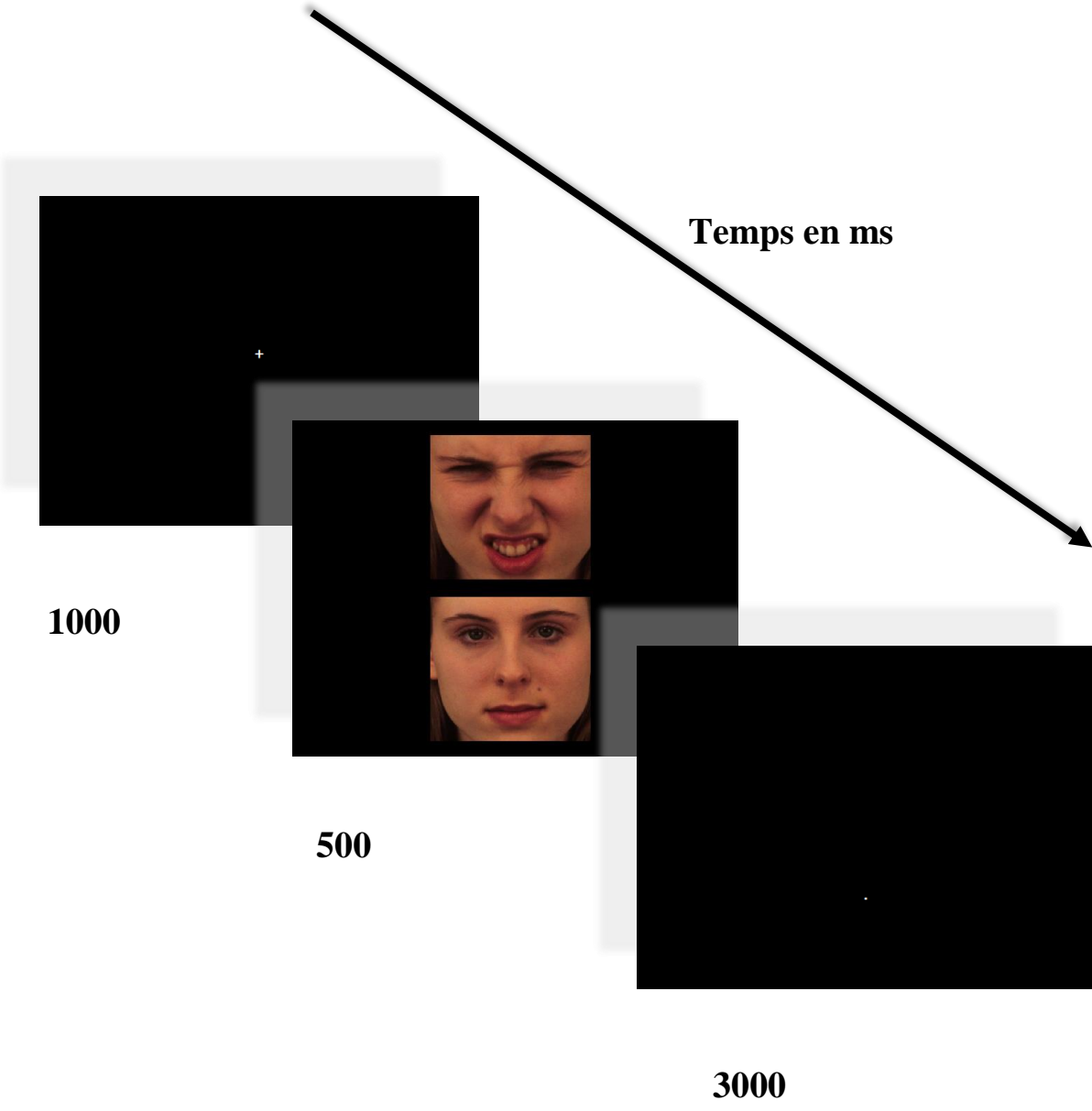
... sont harmonieuses	0	1	2	3	4
... sont valorisantes	0	1	2	3	4
... sont satisfaisantes	0	1	2	3	4
... m'amènent à leur faire confiance	0	1	2	3	4

Annexe 8 : Tâche de détection de sonde

Essai congruent :



Essai incongruent :





Faculté de Psychologie, Logopédie et des Sciences de l'Éducation

Lettre d'information

Le sujet du mémoire de master 2 en psychologie porte sur la manière dont on interagit avec les autres et les éventuelles difficultés que l'on peut rencontrer dans des situations interpersonnelles.

Je mène une étude pour laquelle je dois recueillir des données sur des personnes « tout-venantes ». Les mesures récoltées dans mon mémoire visent à évaluer le style relationnel, le niveau de difficulté que l'on peut éprouver dans des situations sociales et la qualité perçue des relations interpersonnelles. Pour évaluer ces aspects du comportement, je vous demanderai de compléter des questionnaires. Je mesure également l'attention que l'on porte à certains visages. Pour cela, je vous demanderai de compléter une tâche informatisée.

Une entrevue d'une heure et demie est nécessaire et celle-ci peut se dérouler dans les locaux de l'Université de Liège, chez vous ou chez moi (à votre meilleure convenance).

Durant la séance, un court entretien aura lieu pour recueillir certaines informations de base comme l'âge, la profession, la composition familiale, etc. Ensuite, cinq questionnaires seront à compléter (environ 40 minutes) suivi de la tâche informatisée (environ 15 minutes).

À la fin de la séance, je répondrai à toutes vos questions.

Pour toute demande d'information complémentaire, je vous laisse mes coordonnées ci-dessous.

Nguyen Sophie

Email : sophie.nguyen@student.uliege.be

Téléphone : 04 89 / 62 76 89



**CONSENTEMENT ECLAIRE
POUR DES RECHERCHES IMPLIQUANT DES SUJETS HUMAINS**

Titre de la recherche	Le rôle du style d'attachement chez l'adulte dans le développement de l'anxiété sociale. Exploration à travers les biais attentionnels.
Etudiant	Nguyen Sophie
Promoteur	Blairy Sylvie
Service et numéro de téléphone de contact	Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (ULg) - Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive. Tél : +32 (0)4 366 37 44 Tél : +32 (0)4 366 23 94

Je, soussigné(e) déclare :

- *avoir reçu, lu et compris une présentation écrite de la recherche dont le titre et l'étudiant figurent ci-dessus ;*
- *avoir pu poser des questions sur cette recherche et reçu toutes les informations que je souhaitais.*

Je sais que :

- *je peux à tout moment mettre un terme à ma participation à cette recherche sans devoir motiver ma décision ni subir aucun préjudice que ce soit ;*
- *je peux contacter le chercheur pour toute question ou insatisfaction relative à ma participation à la recherche ;*
- *les données recueillies seront strictement confidentielles et il sera impossible à tout tiers non autorisé de m'identifier.*

Je donne mon consentement libre et éclairé pour participer en tant que sujet à cette recherche.

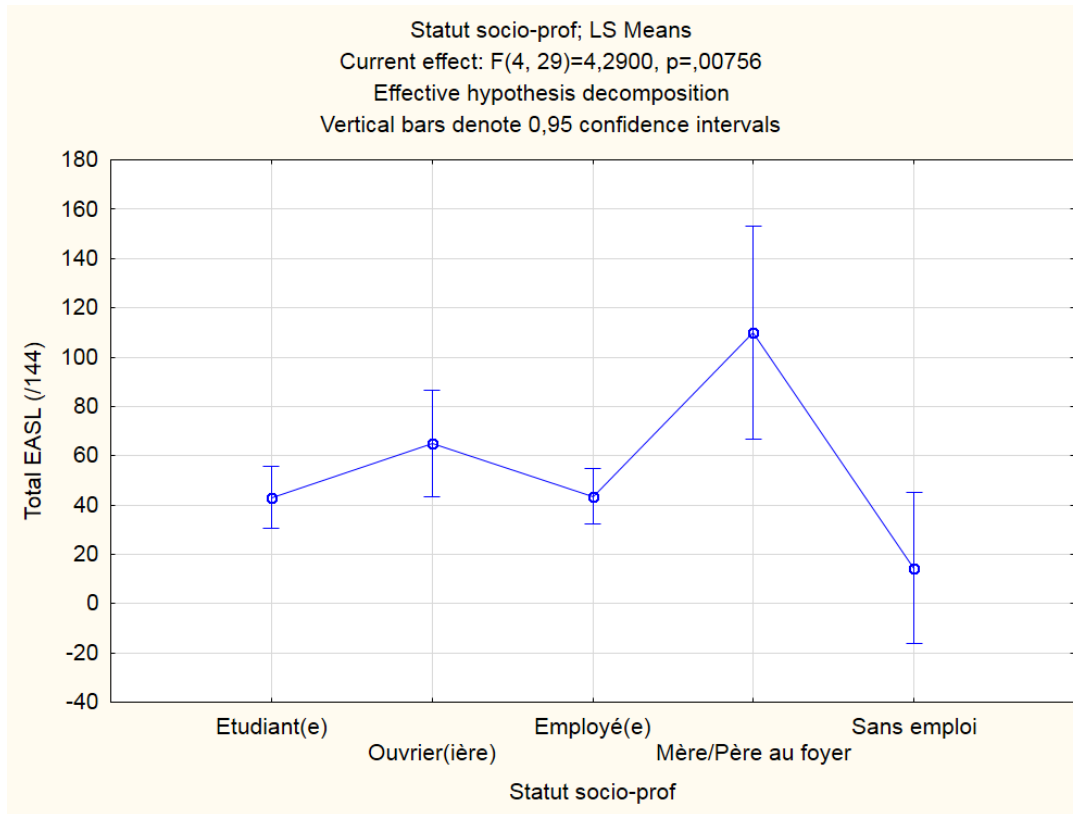
Lu et approuvé,

Date et signature

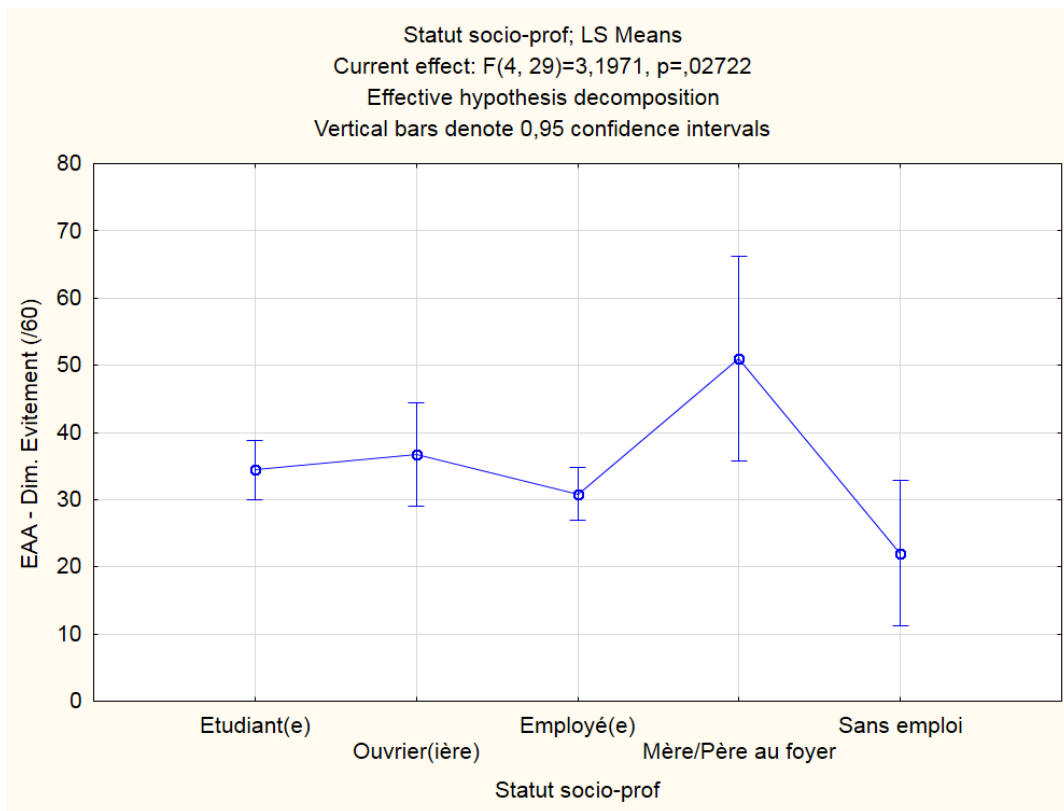
Annexe 11 : Normalité des variables

	K-S p
Age	p > .20
BDI-13	p > .20
EASL – Anxiété	p > .20
EASL – Evitement	p > .20
EASL - Total	p > .20
EASL Interactions sociales – Anxiété	p > .20
EASL Interactions sociales - Evitement	p > .20
EASL Interactions sociales - Total	p > .20
QP – Phobie sociale	p > .20
EAA – Dimension Anxiété	p > .20
EAA – Dimension Evitement	p > .20
EQRI – Famille	p > .20
EQRI - Amitié	p > .10
EQRI - Général	p > .15
EQRI – Total	p > .20
Moyenne TR Congruents	p > .20
Moyenne TR Incongruents	p > .20
Biais attentionnels	p > .20

Annexe 12 : Effet du statut socio-professionnel sur les scores à l'EASL Total (graphique)



Annexe 13 : Effet du statut socio-professionnel sur les scores à l'EAA – Dimension Evitement (graphique)



Annexe 14 : Effet de la personne avec qui vivent les sujets sur leurs scores à l'EASL Total (Test Tukey HSD)

Tukey HSD test; variable Total EASL (/144) (FICHIER D ENCODAGE - GLOBAL)

Approximate Probabilities for Post Hoc Tests

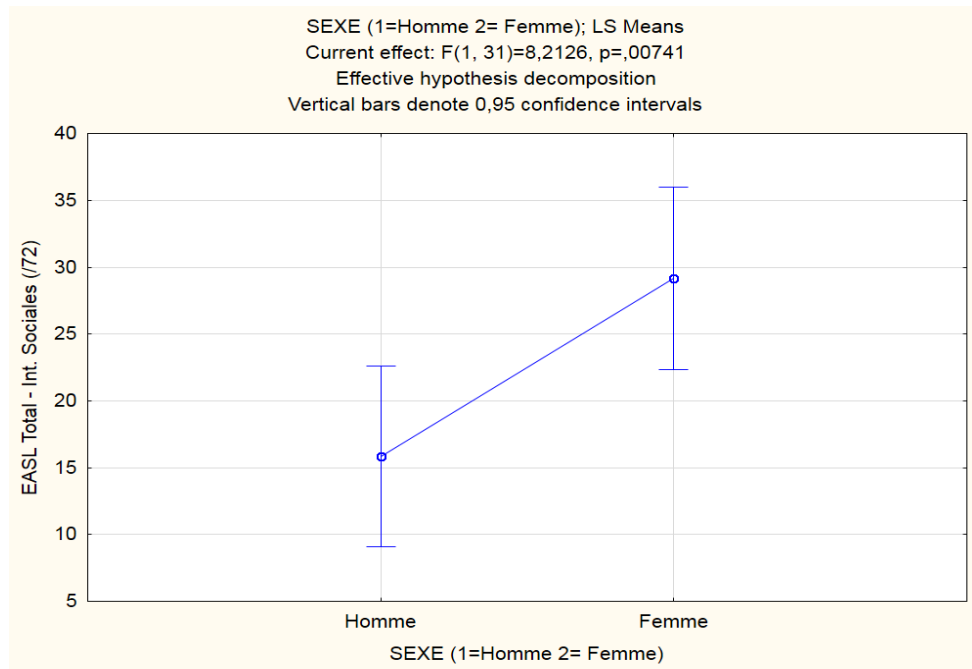
Error: Between MS = 499,72, df = 29,000

Avec qui vivez-vous ? 1 = Seul(e) 2 = Conjoint(e) 3 = Enfant(s) 4 = Frère(s)/Sœur(s) 5 = Parent(s) 6 = Autre(s) membre(s) de la famille 7 = Ami(e)(s) 8 = Autres	{1}	{2}	{3}	{4}	{5}
	64,500	40,077	110,00	50,500	41,429
Seul		0,334476	0,381792	0,949447	0,381846
Conjoint(e)	0,334476		0,039309	0,971778	0,999867
Enfant(s)	0,381792	0,039309		0,218277	0,044106
Frère(s)/Sœur(s)	0,949447	0,971778	0,218277		0,982760
Parent(s)	0,381846	0,999867	0,044106	0,982760	

Annexe 15 : Effet du genre sur les variables étudiées (Test t pour échantillon groupé)

Variable	T-tests: Grouping: SEXE (1=Homme 2= Femme) (FICHIER D ENCODAGE - GLOBAL)										
	Mean 2	Mean 1	t-value	df	p	Valid N 2	Valid N 1	Std.Dev. 2	Std.Dev. 1	F-ratio Variances	p Variances
Total EASL (/144)	60,00000	32,35294	3,81995	32	0,000579	17	17	23,05699	18,94380	1,481396	0,440492
TOTAL EASL Evitement (/72)	27,23529	15,70588	3,00328	32	0,005151	17	17	12,51763	9,68739	1,669670	0,315374
TOTAL EASL Anxiété/Peur (/72)	32,76471	16,64706	4,15701	32	0,000225	17	17	12,29090	10,22216	1,445711	0,469204
BDI TOTAL	5,82353	3,76471	1,68199	32	0,102305	17	17	4,11150	2,92680	1,973391	0,184812
d (IC - C)	-6,68291	-0,91679	-1,09462	32	0,281856	17	17	11,98612	18,11252	2,283499	0,108727
Anxiety Dim.	19,11765	13,00000	3,14413	32	0,003583	17	17	5,58885	5,75543	1,060499	0,907929
Depend Dim.	16,94118	20,35294	-2,11346	32	0,042450	17	17	4,87943	4,52688	1,161823	0,767844
Close Dim.	18,17647	22,76471	-3,19903	32	0,003104	17	17	3,53969	4,73721	1,791080	0,254396
AAS : Evitant (/30)	18,44118	14,44118	3,11893	32	0,003825	17	17	3,47258	3,98780	1,318750	0,586480
AAS : Anxieux (/30)	19,11765	13,00000	3,14413	32	0,003583	17	17	5,58885	5,75543	1,060499	0,907929
AAS : Secure (/30)	18,17647	22,76471	-3,19903	32	0,003104	17	17	3,53969	4,73721	1,791080	0,254396
Total EQRI : Famille, Amitié, Général (/48)	31,58824	33,00000	-0,83149	32	0,411860	17	17	4,65106	5,23211	1,265466	0,643322

Exemple en graphique : l'effet du sexe sur l'EASL Total – Interactions sociales



Annexe 16 : Effet de l'âge sur les variables de l'étude

Multivariate Tests of Significance (FICHIER D ENCODAGE - GLO
Sigma-restricted parameterization
Effective hypothesis decomposition

Effect	Test	Value	F	Effect df	Error df	p
Intercept	Wilks	0,003152	632,5362	11	22	0,000000
AGE (groupe)	Wilks	0,569240	1,5135	11	22	0,196239

Annexe 17 : Matrice de corrélation

Correlations (Spreadsheet1_(Recovered)) Marked correlations are significant at $p < .05000$ N=34 (Casewise deletion of missing data)													
Variable	TOTAL EASL Evitement (/72)	Total EASL (/144)	EASL Anxiété - Int. Sociales (/36)	EASL Evitement - Int. Sociales (/36)	EASL Total - Int. Sociales (/72)	Sous-échelle Phobie sociale (/40)	Total EQRI : Famille, Amitié, Général (/48)	Sous-échelle EQRI : Famille (/16)	Sous-échelle EQRI : Amitié (/16)	Sous-échelle EQRI : Général (/16)	EAA - Dim. Evitement (/60)	EAA - Dim. Anxiété (/30)	d (IC - C)
BDI TOTAL	.3142 p=.070	.3835 p=.025	.3481 p=.044	.2670 p=.127	.3214 p=.064	.2967 p=.088	-.5485 p=.001	-.3709 p=.031	-.2567 p=.143	-.2321 p=.062	.6607 p=.000	.3937 p=.021	-.1889 p=.285
TOTAL EASL Anxiété/Peur (/72)	.8183 p=.000	.9582 p=.000	.9524 p=.000	.7779 p=.000	.9029 p=.000	.3843 p=.025	-.3758 p=.028	-.2421 p=.168	-.2996 p=.085	-.0964 p=.588	.4301 p=.011	.6524 p=.000	-.0747 p=.675
TOTAL EASL Evitement (/72)	1.0000 p=---	.9485 p=.000	.8116 p=.000	.9397 p=.000	.9077 p=.000	.4448 p=.008	-.3592 p=.037	-.1103 p=.535	-.4026 p=.018	-.1719 p=.331	.4112 p=.016	.4594 p=.006	-.2150 p=.222
Total EASL (/144)	.9485 p=.000	1.0000 p=---	.9286 p=.000	.8963 p=.000	.9492 p=.000	.4331 p=.011	-.3858 p=.024	-.1883 p=.286	-.3654 p=.034	-.1387 p=.434	.4416 p=.009	.5881 p=.000	-.1482 p=.403
EASL Anxiété - Int. Sociales (/36)	.8116 p=.000	.9286 p=.000	1.0000 p=---	.8504 p=.000	.9648 p=.000	.4093 p=.016	-.2764 p=.114	-.1639 p=.354	-.2715 p=.120	-.0359 p=.840	.3326 p=.055	.6395 p=.000	.0065 p=.971
EASL Evitement - Int. Sociales (/36)	.9397 p=.000	.8963 p=.000	.8504 p=.000	1.0000 p=---	.9588 p=.000	.4881 p=.003	-.2766 p=.113	-.0223 p=.901	-.3734 p=.030	-.1698 p=.337	.3358 p=.052	.4105 p=.016	-.0640 p=.719
EASL Total - Int. Sociales (/72)	.9077 p=.000	.9492 p=.000	.9648 p=.000	.9588 p=.000	1.0000 p=---	.4648 p=.006	-.2874 p=.099	-.0996 p=.575	-.3332 p=.054	-.1042 p=.557	.3474 p=.044	.5504 p=.001	-.0285 p=.873
Sous-échelle Phobie sociale (/40)	.4448 p=.008	.4331 p=.011	.4093 p=.016	.4881 p=.003	.4648 p=.006	1.0000 p=---	-.0831 p=.640	.0054 p=.976	-.1921 p=.276	.0219 p=.902	.3721 p=.030	.2814 p=.107	-.0068 p=.970
Total EQRI : Famille, Amitié, Général (/48)	-.3592 p=.037	-.3858 p=.024	-.2764 p=.114	-.2766 p=.113	-.2874 p=.099	-.0831 p=.640	1.0000 p=---	.6787 p=.000	.4997 p=.003	.5471 p=.001	-.4870 p=.003	-.3278 p=.058	.4748 p=.005
Sous-échelle EQRI : Famille (/16)	-.1103 p=.535	-.1883 p=.286	-.1639 p=.354	-.0223 p=.901	-.0996 p=.575	.0054 p=.976	.6787 p=.000	1.0000 p=---	-.1525 p=.389	-.0149 p=.933	-.1485 p=.402	-.4058 p=.017	.4173 p=.014
Sous-échelle EQRI : Amitié (/16)	-.4026 p=.018	-.3654 p=.034	-.2715 p=.120	-.3734 p=.030	-.3332 p=.054	-.1921 p=.276	.4997 p=.003	-.1525 p=.389	1.0000 p=---	.2675 p=.126	-.4231 p=.013	-.2014 p=.253	.2592 p=.139
Sous-échelle EQRI : Général (/16)	-.1719 p=.331	-.1387 p=.434	-.0359 p=.840	-.1698 p=.337	-.1042 p=.557	.0219 p=.902	.5471 p=.001	-.1525 p=.389	.2675 p=.126	1.0000 p=---	-.3804 p=.026	.1947 p=.270	.0630 p=.723
EAA - Dim. Evitement (/60)	.4112 p=.016	.4416 p=.009	.3326 p=.055	.3358 p=.052	.3474 p=.044	.3721 p=.030	-.4870 p=.003	-.1485 p=.402	-.4231 p=.013	-.3804 p=.026	1.0000 p=---	.3441 p=.046	-.1126 p=.526
EAA - Dim. Anxiété (/30)	.4594 p=.006	.5881 p=.000	.6395 p=.000	.4105 p=.016	.5504 p=.001	.2814 p=.107	-.3278 p=.058	-.4058 p=.017	-.2014 p=.253	.1947 p=.270	.3441 p=.046	1.0000 p=---	-.0321 p=.857
d (IC - C)	-.2150 p=.222	-.1482 p=.403	.0065 p=.971	-.0640 p=.719	-.0285 p=.873	-.0068 p=.970	.4748 p=.005	.4173 p=.014	.2592 p=.139	.0630 p=.723	-.1126 p=.526	-.0321 p=.857	1.0000 p=---

Annexe 18 : Corrélations partielles pour isoler l'influence du BDI-1

Partial Correlations (Spreadsheet1_(Recovered)) Controlling for: BDI TOTAL Marked correlations are significant at $p < .05000$ N=34 (Casewise deletion of missing data)												
Variable	EASL Anxiété - Int. Sociales (/36)	EASL Evitement - Int. Sociales (/36)	EASL Total - Int. Sociales (/72)	Sous-échelle Phobie sociale (/40)	Total EQRI : Famille, Amitié, Général (/48)	Sous-échelle EQRI : Famille (/16)	Sous-échelle EQRI : Amitié (/16)	Sous-échelle EQRI : Général (/16)	EAA - Dim. Evitement (/60)	EAA - Dim. Anxiété (/30)	d (IC - C)	
TOTAL EASL Anxiété/Peur (/72)	.9470 p=.000	.7606 p=.000	.8929 p=.000	.3011 p=.089	-.1965 p=.273	-.1054 p=.559	-.2201 p=.218	.0427 p=.814	.2307 p=.196	.5852 p=.000	.0030 p=.980	
TOTAL EASL Evitement (/72)	.7890 p=.000	.9355 p=.000	.8974 p=.000	.3878 p=.026	-.2354 p=.187	.0071 p=.969	-.3509 p=.045	-.0783 p=.665	.2857 p=.107	.3847 p=.027	-.1671 p=.350	
Total EASL (/144)	.9184 p=.000	.8920 p=.000	.9444 p=.000	.3621 p=.038	-.2272 p=.203	-.0537 p=.767	-.2991 p=.091	-.0169 p=.926	.2716 p=.126	.5149 p=.002	-.0830 p=.640	
EASL Anxiété - Int. Sociales (/36)	1.0000 p=---	.8385 p=.000	.9608 p=.000	.3418 p=.052	-.1091 p=.546	-.0399 p=.825	-.2010 p=.262	.0863 p=.633	.1458 p=.418	.5831 p=.000	.0780 p=.660	
EASL Evitement - Int. Sociales (/36)	.8385 p=.000	1.0000 p=---	.9567 p=.000	.4443 p=.010	-.1615 p=.369	.0858 p=.635	-.3273 p=.063	-.0916 p=.612	.2203 p=.218	.3448 p=.049	-.0140 p=.930	
EASL Total - Int. Sociales (/72)	.9608 p=.000	.9567 p=.000	1.0000 p=---	.4086 p=.018	-.1404 p=.436	.0223 p=.902	-.2739 p=.123	-.0004 p=.998	.1900 p=.290	.4869 p=.004	.0340 p=.840	
Sous-échelle Phobie sociale (/40)	.3418 p=.052	.4443 p=.010	.4086 p=.018	1.0000 p=---	.0998 p=.581	.1302 p=.470	-.1256 p=.486	.1304 p=.470	.2456 p=.168	.1874 p=.296	.0520 p=.770	
Total EQRI : Famille, Amitié, Général (/48)	-.1091 p=.546	-.1615 p=.369	-.1404 p=.436	.0998 p=.581	1.0000 p=---	.6121 p=.000	.4441 p=.010	.4674 p=.006	-.1985 p=.268	-.1455 p=.419	.4520 p=.000	
Sous-échelle EQRI : Famille (/16)	-.0399 p=.825	.0858 p=.635	.0223 p=.902	.1302 p=.470	.6121 p=.000	1.0000 p=---	-.2760 p=.120	-.1533 p=.394	.1385 p=.442	-.3043 p=.085	.3800 p=.020	
Sous-échelle EQRI : Amitié (/16)	-.2010 p=.262	-.3273 p=.063	-.2739 p=.123	-.1256 p=.486	.4441 p=.010	-.2760 p=.120	1.0000 p=---	.2017 p=.260	-.3494 p=.046	-.1130 p=.531	.2220 p=.210	
Sous-échelle EQRI : Général (/16)	.0863 p=.633	-.0916 p=.612	-.0004 p=.998	.1304 p=.470	.4674 p=.006	-.1533 p=.394	.2017 p=.260	1.0000 p=---	-.2349 p=.188	.3700 p=.034	.0020 p=.990	
EAA - Dim. Evitement (/60)	.1458 p=.418	.2203 p=.218	.1900 p=.290	.2456 p=.168	-.1985 p=.268	.1385 p=.442	-.3494 p=.046	-.2349 p=.188	1.0000 p=---	.1217 p=.500	.0160 p=.920	
EAA - Dim. Anxiété (/30)	.5831 p=.000	.3448 p=.049	.4869 p=.004	.1874 p=.296	-.1455 p=.419	-.3043 p=.085	-.1130 p=.531	-.3700 p=.034	-.1217 p=.500	1.0000 p=---	.0460 p=.790	
d (IC - C)	.0785 p=.664	-.0143 p=.937	.0347 p=.848	.0526 p=.771	.4521 p=.008	.3808 p=.029	.2220 p=.214	.0022 p=.991	.0166 p=.927	.0469 p=.796	1.0000 p=---	

Résumé

Introduction : L'anxiété sociale est l'un des troubles psychologiques les plus présents dans la population. Elle a un impact négatif sur l'épanouissement personnel et interpersonnel des individus qui en souffrent. Dans la littérature scientifique, des chercheurs ont mis en évidence une pluralité de facteurs de risque (intra-individuels, inter-individuels, et environnementaux) liée au trouble. Parmi ces facteurs, l'attachement inséculaire chez l'individu, ses difficultés interpersonnelles, et les biais attentionnels, contribuent à l'instauration et à la sévérité de l'anxiété sociale. Néanmoins, on retrouve peu de recherches sur les relations entre les trois facteurs ciblés dans cette étude et l'anxiété sociale.

Objectif : L'étude vise à tester les liens mis en évidence dans la littérature scientifique, et plus particulièrement à partir du modèle de l'étiologie de l'anxiété sociale de Spence et Rapee (2016), entre les trois facteurs de risque ciblés et l'anxiété sociale. L'objectif de cette étude est également d'étudier les relations possibles au sein de ces facteurs-mêmes.

Matériels et méthode : L'échantillon est composé de 34 participants issus de la population générale. Afin de tester les hypothèses de l'étude et d'évaluer les trois facteurs ainsi que l'anxiété sociale, les sujets ont complété cinq questionnaires (BDI-13, EASL -AE, EAA -R, QP, EQRI) et réalisé une tâche informatisée (la tâche de détection de sonde).

Résultats : Lors des analyses statistiques, un effet majeur du genre et des symptômes dépressifs a été découvert sur la répartition des scores au sein de l'échantillon. De plus, une relation significative entre les scores à l'anxiété sociale (EASL) et ceux à la dimension « anxiété » de l'attachement (EAA -R) a été trouvée. Concernant les liens entre les facteurs de risque ciblés, les analyses ont dévoilé une seule relation significative entre la qualité des relations interpersonnelles (EQRI) et les biais attentionnels (tâche de détection de sonde). Ce dernier résultat indique que des scores plus élevés pour la qualité des relations s'accompagnaient d'une vigilance attentionnelle envers l'information menaçante (un visage exprimant le dégoût).

Conclusion : Un niveau plus élevé d'anxiété sociale s'inscrit dans un profil davantage féminin et pathologique de l'attachement et de l'humeur. La plupart des résultats vont dans le sens des données empiriques de la littérature scientifique. Néanmoins, une étude plus approfondie sur les facteurs liés à l'anxiété sociale, dans la population générale, reste nécessaire pour mieux comprendre le fonctionnement du trouble.